

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Diplomová práce

Ergoterapie jako významný aspekt podpory procesu integrace žáka
s dětskou mozkovou ohrnou

Vedoucí práce

PhDr. Kateřina Soudná

Praha 2007

Zpracovala

Bc. Soňa Vojtíšková

ABSTRAKT

Název práce: Ergoterapie jako významný aspekt podpory procesu integrace žáka s dětskou mozkovou obrnou

Název práce v anglickém jazyce: Ergotherapy as Major Aspect of Support for Integration Process of Pupil with Cerebral Palsy

Cíle práce: Shrnutí dostupných informací o ucelené rehabilitaci, se zaměřením na ergoterapii a její význam v procesu integrace. Předmětem pozorování byl průběh ergoterapie u žáka s dětskou mozkovou obrnou, konkrétní využití pomůcek, jejich pomoc k vytváření podmínek pro integraci a závěrečné vyhodnocení pozorování.

Metoda: Byla provedena metoda pozorování a také metoda testování.

Výsledky: Ergoterapeutické postupy a pomůcky přispívají ke stimulaci a aktivaci pohybového aparátu, psychiky, kognitivních funkcí a smyslového vnímání. Napomáhají tak k podpoře integrace žáka s dětskou mozkovou obrnou.

Klíčová slova: dětská mozková obrna, ucelená rehabilitace, ergoterapie, integrace, Jedličkův ústav, sebeobsluha

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Kateřině Soudné za pomoc a čas věnovaný při konzultacích této práce.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, za použití uvedené literatury.

V Praze, dne 30.8.2007

.....*Kateřina Soudná*.....

Podpis

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Žádám, aby byla provedena přesná evidence vypůjčovateli, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení: číslo občanského průkazu: doba vypůjčení: poznámky:

SEZNAM ZKRATEK

ADL – běžné denní činnosti (activities of daily living)

aj. – a jiné

atd. – a tak dále

ČNR – Česká národní rada

ČR – Česká republika

DK – dolní končetina

DMO – dětská mozková obrna

EHA – Education for all handicapped children act

HK – horní končetina

ICP – infantilní cerebrální paréza

IVP – Individuální vzdělávací program

JÚŠ – Jedličkův ústav a školy

LF – UK Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

LTV – léčebná tělesná výchova

mj. – mimo jiné

MMST – Mini mental state exam

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠ – mateřská škola

MŠMT – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

např. – například

OSN – Organizace spojených národů

popř. – popřípadě

SPC – speciálně pedagogické centrum

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvaný

WHO – Světová zdravotnická organizace

OBSAH

| | |
|---|----|
| 1 ÚVOD | 8 |
| 2 CÍL A ÚKOLY PRÁCE | 10 |
| 3 HYPOTÉZY | 10 |
| 4 TEORETICKÉ POZNATKY | 11 |
| 4.1 Dětská mozková obrna, její rozdělení, příčiny a příznaky | 11 |
| 4.2 Ucelená rehabilitace | 14 |
| 4.2.1 Léčebná rehabilitace | 15 |
| 4.2.2 Sociální rehabilitace | 19 |
| 4.2.3 Pedagogická rehabilitace | 19 |
| 4.2.4 Pracovní rehabilitace | 21 |
| 4.2.5 Technická hlediska v ucelené rehabilitaci | 22 |
| 4.3 Ergoterapie jako rehabilitační metoda | 23 |
| 4.3.1 Prostředky ergoterapie | 26 |
| 4.3.2 Rozdělení ergoterapie z hlediska používaných činností | 27 |
| 4.3.2.1 Ergoterapie zaměřená na výchovu soběstačnosti, na trénink ADL | 27 |
| 4.3.2.2 Ergoterapie cílená na postiženou oblast | 28 |
| 4.3.2.3 Kondiční ergoterapie a abilympiáda | 28 |
| 4.3.2.4 Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink | 30 |
| 4.4. Integrace zdravotně postižených | 31 |
| 4.4.1 Hodnocení poruch disabilit a handicapů | 32 |
| 4.4.2 Rozdělení integrace | 34 |
| 4.4.3 Pedagogická, školní integrace | 34 |
| 4.4.4 Legislativa pro integrativní výchovu, systém vzdělávání | 39 |
| 4.4.5 Speciální výchovné a vzdělávací, poradenské a podpůrné instituce | 41 |
| 4.4.6 Individuální vzdělávací program | 42 |
| 4.4.7 Asistent pedagoga, osobní asistent v procesu integrace | 43 |
| 4.4.8 Integrace dítěte s DMO mezi vrstevníky | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 5 PRAKTICKÁ ČÁST | 47 |
| 5.1 Jedličkův ústav a ergoterapie..... | 47 |
| 5.2 Kazuistika..... | 50 |
| 5.2.1 Charakteristika žáka..... | 51 |
| 5.2.2 Aktuální stav výkonu v jednotlivých oblastech..... | 52 |
| 5.2.3 Popis metodiky sledování..... | 54 |
| 5.2.4 Popis průběhu sledování I..... | 55 |
| 5.2.5 Popis průběhu sledování II..... | 58 |
| 5.2.6 Výsledky sledování..... | 60 |
| 6 DISKUSE..... | 64 |
| 7 ZÁVĚR..... | 69 |
| 8 LITERATURA..... | 70 |
| 9 PŘÍLOHA | |

1 ÚVOD

„Napadlo vás někdy přemýšlet o tom, jak se vybírají matky pro postižené děti? Já si to představuji tak, že Bůh dává instrukce andělům a ti si zapisují do ohromné matriky...A až andělům nadiktuje jedno jméno, při kterém se usměje: „Téhle dáme postižené dítě.“ Anděl se zvědavě ptá: „Bože proč právě jí? Vždyť je tak šťastná.“ „Právě proto“, odpoví Bůh s úsměvem. „Copak bych mohl svěřit postižené dítě ženě, která nezná radost? To by bylo kruté.“ „Ale je trpělivá?“ ptá se anděl. „Nechci aby byla příliš trpělivá, jinak se utopí v sebelítosti a bolesti. Až se vzpomene na z té rány a zármutku, určitě to zvládne.“ „Ale, Pane, myslím, že ta žena v Tebe ani nevěří.“ Bůh se usměje: „Na tom nesejde. O to se můžu postarat. Ta žena je dokonalá. Má správnou dávku egoismu.“ Andělovi to vzalo dech: „Egoismu? Copak to je nějaká ctnost?“ Bůh přikývne: „Jestli se od syna nedokáže čas od času oddělit, nikdy to nedokáže přežít. To je žena, které požehnám ne zcela dokonalým dítětem. Ještě to neví, ale budou jí mít co závidět. Nikdy nic nebude brát jako samozřejmost. Žádný krůček pro ni nebude něčím obyčejným. Až její dítě řekne poprvé „máma“, bude svědkem zázraku a bude to vědět. Až bude svému slepému dítěti popisovat strom nebo západ slunce, uvidí je, jako to dokáže málokterý člověk. Dám jí, aby viděla jasné věci, které vidím já – lhostejnost, krutost, předsudky – a dám jí, aby se přes ně přenesla. Nikdy nebude sama. Budu po jejím boku každou minutu každého dne jejího života, protože bude vykonávat mou práci tak neomylně, jako bych tam byl já. „A kdo bude jejím patronem? ptá se anděl připravený k zápisu do matriky. Bůh se usmál: „Bude jí stačit zrcadlo.“

(Ema Bombecková) in B.Ferrero: Další příběhy pro potěchu duše, Portál, 1996

Tématem diplomové práce je ergoterapie jako součást ucelené rehabilitace a jako významná složka v procesu integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na sledování procesu ergoterapie v Jedličkově ústavu u žáka s dětskou mozkovou obrnou ve školním roce 2004/2005 a následně ve školním roce 2006/2007. V mé diplomové práci je použita řada literárních zdrojů, které byly prezentovány v bakalářské práci (Ergoterapie jako součást ucelené rehabilitace u žáka s dětskou mozkovou obrnou), bakalářská práce byla pojata jako pilotní studie do problému. Teoretická část diplomové práce je rozšířena o tyto kapitoly – 4.4 Integrace zdravotně postižených (4.4.1 Hodnocení poruch, disabilit a handicapů, 4.4.2 Rozdělení integrace, 4.4.3 Pedagogická, školní integrace, 4.4.4 Legislativa pro integrativní výchovu, systém vzdělávání, 4.4.5 Speciální výchovné a vzdělávací, poradenské a podpůrné instituce, 4.4.6 Individuální vzdělávací program, 4.4.7 Asistent pedagoga, osobní asistent v procesu integrace, 4.4.8 Integrace dítěte s DMO mezi vrstevníky). Praktická část je rozšířena o tyto kapitoly – 5.2.1 Popis průběhu sledování II.,

V průběhu studia na fakultě Tělesné výchovy a sportu jsem absolvovala povinnou praxi v Jedličkově ústavu, kde jsem pracovala jako osobní asistentka u dětí ve třídě speciální základní školy. Součástí výuky byly také pravidelné hodiny ergoterapie, na které děti dochází jednou týdně. Jako osobní asistentka jednoho z žáků jsem měla možnost seznámit se s tímto oborem blíže. Zaujal mě natolik, že jsem se mu začala věnovat více během praxe a zvolila si ho jako námět své bakalářské práce a později i magisterské práce s rozšířením o problematiku integrace zdravotně postižených dětí do společnosti. Sledovala jsem, jak pomoci lze dětem v rámci hodin ergoterapie, co všechno jim tento obor nabízí k zvýšení úrovně samostatnosti při sebeobsluze a jak může přispět k dosažení určité úrovně sociální vyspělosti a integrace. Moderní ergoterapie se zaměřuje rovněž na rozvoj činností, kterým se podrobně věnuje speciální pedagogika, jako je trénink motorických, senzorických a kognitivních funkcí. Navrhuje kompenzační a technické pomůcky, poskytuje poradenské služby a instruktáže. I toto bude tématem mé práce.

V rámci péče o osoby s motorickým postižením má rozhodující význam ucelená, neboli komprehenzivní rehabilitace, která efektivně propojuje rehabilitaci léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní. V této diplomové práci popisují péči o dítě s postižením a nemohu tedy opomenout významnou skutečnost, že také rodiče by měli být aktivními členy jakéhosi týmu, který naplňuje funkci interdisciplinárního přístupu.

2 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je shrnutí dostupných informací o ucelené rehabilitaci, se zaměřením na ergoterapii. Na její metody a pomůcky, zvolené u žáka s dětskou mozkovou obrnou, které významně napomáhají vytvářet lepší podmínky k integraci do společnosti. Pro naplnění cíle jsem zvolila následující úkoly:

1. zpracovat literární rešerši z uvedené literatury
2. zpracovat kazuistiku
3. zpracovat závěrečné porovnání výsledků sledování
4. prezentovat program pomůcek pro dítě s dětskou mozkovou obrnou, na základě vlastních zkušeností získaných v praxi.

3 HYPOTÉZY

Předpokládáme, že v rámci ergoterapie prováděné pohybové a senzorické aktivity, jako součást ucelené péče o dítě s dětskou mozkovou obrnou, povedou ke zlepšení stavu motoriky, psychiky a díky ergoterapeutickým postupům dovedou jedince k dosažení dílčích cílů těchto aktivit. Hlavním cílem těchto všech aktivit je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti a aktivní začlenění - integraci - do společnosti a tím celkové zvýšení kvality života.

4 TEORETICKÉ POZNATKY

4.1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA, JEJÍ ROZDĚLENÍ, PŘÍČINY A PŘÍZNAKY

Existuje mnoho klasifikací a dělení dětské mozkové obrny (dále DMO), které zahrnují širokou škálu poruch různé etiopatogeneze.

Vlastní označení „dětská mozková obrna“ je podle některých odborníků dosti nepřesné, neboť ne všechny motorické projevy mají charakter obrny. Proto se někdy používá pro toto onemocnění označení encefalopatie, což je blíže nespecifikované postižení mozku. Podle doby vzniku poškození nezralého mozku se dělí encefalopatie na prenatalní, perinatální a postnatální. **(podle Jankovského 2001)**

DMO je označení vžité a frekventované, nicméně se pro toto onemocnění používá také název infantilní cerebrální paréza (ICP).

Etiologie DMO je asi ve 20-30% nejasná. I přesto se DMO rozděluje do tří základních skupin podle doby vzniku a příčin poškození mozku **(podle Jankovského 2001)**

- 1) Prenatální inzulty (nitroděložní infekce, fyzikální a toxické noxy a metabolické poruchy u matky).
- 2) Perinatální inzulty (poškození mozku nastalo v průběhu porodu s následným vznikem hypoxicko-ischemické encefalopatie, nitrolební krvácení, metabolická encefalopatie, bilirubinová encefalopatie a bakteriální meningoencefalitida).
- 3) Postnatální inzulty v kojeneckém období (závažné poranění lebky a mozku, bakteriální meningoencefalitida, virová encefalitida a následky toxických a metabolických encefalopatií).

Klasifikace DMO nejčastěji vychází z klinického obrazu. Podle typu hybného postižení se rozlišují různé formy DMO. Dosud se užívá základní členění, a to na formy spastické a nespastické.

A. Spastické DMO

Do této skupiny patří forma diparetická s různým stupněm postižení, zejména dolních končetin. Typickým projevem je „nůžkovitá chůze“. Spastická diparéza může vznikat jen v dětství, a to do doby, než dítě začíná chodit. Příčiny se přiklání k období perinatálnímu a jednou z nejčastějších bývá předčasné narození dítěte a nezralost nervového systému. Hemiparetická forma je postižení mozkových hemisfér, které se projevuje postižením jedné poloviny těla. Postižení převládá na horních končetinách, typické je fleční držení ruky. Kvadruparetická forma je poškození všech čtyř končetin, přičemž stupeň postižení na jednotlivých končetinách může být různý. Tato forma spastické DMO vychází z formy diparetické a vede buď k většímu poškození dolních končetin, anebo jedné strany nad druhou. Může vzniknout také takzvaná (dále tzv.) oboustranná hemiparéza, při poškození obou hemisfér.

B. Nespastické DMO

Do této skupiny patří forma hypotonická. Jedná se o oslabení svalového tonu trupu i končetin. Příčina je centrální. Tuto formu DMO je třeba odlišit od periferní hypotonie, které vznikají například (dále např.) v důsledku nervosvalového onemocnění.

Právě k odlišení od periferní hypotonie pomáhají příznaky poruch intelektu a příznaky epilepsie. Hypotonická forma může přejít v hypertonus s častým snížením intelektu.

Formou nespastické DMO je také forma extrapyramidová (diskinetická), která se projevuje grimasováním, atetoidními dyskinézemi a hadovitými hyperkinézemi hlavy, trupu a končetin. Časté je tzv. opistotonické držení hlavy (s obloukovitým prohnutím dozadu). Hyperkinetický syndrom (atetóza), je typickým syndromem perinatálního období, v pozdějším věku již nemůže vzniknout. Na vzniku se podílí poporodní žloutenka, která vznikla následkem inkompatibility Rh-faktoru mezi matkou a plodem. **(podle Jankovského 2001)**

Klinické příznaky v rámci psychomotorického vývoje se objevují v odchýlném vývoji hybnosti, a to ve vzpřimování, lokomoci a ve vývoji jemné motoriky.

Např. velká část dětí se závažnější formou DMO začíná samostatně chodit až kolem 5-6 let, přičemž mechanismus chůze je hrubě narušen. Stupeň postižení se u dětí s DMO velmi liší.

Některé chodí bez opory, jiné o berlích, mohou také samy pohánět mechanický vozík, nebo se samostatně pohybovat pouze na vozíku elektrickém, navíc s ovládáním bradou.

Dalším závažným problémem jsou poruchy polykání a slinění, v důsledku čehož může docházet k aspiračním příhodám při jídle. Sledují se také odchylky svalového tonu a

specifický problém představují poruchy řeči, jejíž vývoj bývá opožděn a také sluchu, zvláště u diskinetické formy. Tam dochází k poruchám artikulace – dyslálie, dysartrie. Také epilepsie je jednou z přidružených poruch, zvláště u hemiparetické formy.

Závažná je kombinace s postižením mentálním, které se sice vyskytuje u dětí s DMO podstatně častěji než v běžné populaci, ale řada osob s DMO má průměrnou až i nadprůměrnou inteligenci. Přitom rozumové schopnosti nejsou úměrné zdatnosti pohybové, tedy dítě na elektrickém vozíku může mít nadprůměrnou inteligenci a naopak. Mentální retardace je snížení intelektových schopností, spojené s poruchami adaptace v daném prostředí. Vývoj je opožděný a zaostalý, což má za následek omezené možnosti vzdělávání a sociální přizpůsobivosti.

Mentální retardace je rozdělena na lehkou mentální retardaci (IQ 50-69), středně těžkou mentální retardaci (IQ 35-49), těžkou mentální retardaci (IQ 20-34) a konečně hlubokou mentální retardaci (IQ pod 20). **(podle Jankovského 2001)**

Mezi další přidružené poruchy u DMO patří smyslové poruchy. Nejvíce se vyskytují zrakové obtíže. Řadí se sem např. amblyopie (tupozrakost), refrakční vady a hemianopie (výpadek poloviny zorného pole). Také velmi častým projevem je strabismus (šilhavost) a nystagmus (rychlé mimovolní pohyby očí). Zrakové poruchy lze korigovat kompenzačními pomůckami, nebo se upravují chirurgicky.

Již zmiňované poruchy řeči mohou být centrálního původu, např. alálie (omezený vývoj řeči), afázie (přerušovaný vývoj řeči). Tento původ mohl nastat třeba v důsledku úrazu hlavy. Velmi často se objevuje porucha dyslálie (špatná artikulace hlásek), ale ta se do 5. roku života dítěte vyskytuje fyziologicky. Závažnější poruchou je neschopnost artikulovat jednotlivé hlásky (anartrie), anebo porucha, kdy je artikulace zcela nesrozumitelná (dysartrie). Právě s dysartrií se nejvíce setkáváme u dětí s DMO, s často přidruženou mentální retardací.

Objevují se také poruchy somatického růstu. Děti s těžšími formami DMO somaticky neprospívají, obvykle se u nich vyskytují atrofie končetin na postižené části těla.

Spolu s poruchami somatického růstu vznikají ortopedické poruchy. Nejčastěji jde o zkrácení Achillových šlach, kolenních šlach, které vyžadují ortopedickou úpravu. V důsledku těchto poruch dochází k deformacím kyčelního kloubu a ke skoliózám.

4.2 UCELENÁ REHABILITACE

Pojem rehabilitace je dnes velmi používaným a zahrnuje mnohdy široce aplikované jednoduché úkoly u relativně zdravých lidí. Tím se nejednou statisticky překrývají nedostatky její aplikace u lidí trvale a těžce zdravotně postižených. Proto je také důležité začít rozlišovat mezi rehabilitací přechodnou (jednorázovou a krátkodobou – dočasnou) a rehabilitací permanentní – trvalou, dlouhodobou).

Rehabilitace krátkodobá (přechodná) je následná péče bezprostředně navazující na léčební, (někdy ovšem aplikovaná i přímo bez předchozího léčení), která vede k upevnění úplného obnovení zdraví a normální kvality života. Řeší se převážně na úrovni léčebné rehabilitace ve zdravotnických, případně i lázeňských zařízeních.

Rehabilitace dlouhodobá (permanentní) se týká osob s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením těžších stupňů. Zpravidla je spojena s trvalým narušením kvality života. Řeší se zčásti léčením, ale hlavně prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace. Vedle zařízení zdravotnických, práce a sociálních věcí, případně zařízení školských, se na jejím řešení podílejí i občanská sdružení zdravotně postižených a charitativní organizace. V tomto smyslu je účelné hovořit o rehabilitaci jako o rehabilitaci komprehenzivní, tedy ucelené. **(podle Jesenského 1995)**

Většina postižení, která se vyskytují u dětí jsou vrozená, tedy existují již od narození, nebo od časného dětství. Na dítěti však nemusí být postižení hned po narození patrné, protože jednotlivé funkce se vyvíjejí postupně. Příčina může být dědičná, na genetickém podkladě, anebo vzniká z různých příčin během těhotenství a při porodu. Postižení může vzniknout také ve starším věku jako následek nemoci nebo úrazu. Právě proto se liší ucelená rehabilitace dětí a dospělých. Někdy je upřednostňován termín habilitace před termínem rehabilitace. Hlavním cílem rehabilitace je po všech stránkách podporovat celkový vývoj dítěte. V hybnosti, smyslovém vnímání, řeči, rozumových schopnostech, herních dovednostech, soběstačnosti, společenských vazbách a zvláště později i v oblasti vzdělávání a přípravy na povolání. Ucelená rehabilitace je překladem anglického „comprehensive rehabilitation“ a mluví se o ní tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý, dlouhodobý a nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit. Jedná se o interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou. **(podle Votavy a kolektivu 2003)**

Ucelená rehabilitace se člení podle zaměření úkolů, na čtyři hlavní složky – *rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou*.

Pracovní rehabilitace je využívána teprve v období dospívání, v dětství není prioritní. Důležitou součástí rehabilitace je také technické vybavení a speciální pomůcky.

Nezastupitelný význam v rámci ucelené rehabilitace má raná péče. Právě včasná intervence na základě komplexní péče (ucelené rehabilitace) významně ovlivňuje úspěch jak v oblasti terapeutické, tak i edukační, neboť mozek malého dítěte je velmi plastický, a je tedy schopen jednak regenerace, ale také kompenzace vzniklého poškození. **(podle Jankovského 2001)** Postižením dítěte je ovlivněna celá rodina a právě rodina má podstatnou roli v rané péči. Ve kvalitě a charakteristikách prvních sociálních zkušeností ze vztahu rodičů a dítěte lze pozorovat základ budoucího více či méně úspěšného vývoje dítěte. Podle tohoto vztahu dítě buduje a prožívá další vztahy se svým okolím. Rodiče svým chováním, reakcemi a podněty, které směřují k dítěti, pomáhají dítěti strukturovat okolní svět, poznávat ho a orientovat se v něm. Viz. dále

4.2.1 LÉČEBNÁ REHABILITACE

Tento typ rehabilitace je významnou složkou ucelené rehabilitace a je zaměřen na minimalizaci postižení a funkčních poruch, na eliminaci následků zdravotního postižení. Léčebnou rehabilitaci rozdělujeme na tzv. vertikální, která vede k obnovení původního stavu organismu a na tzv. horizontální, dlouhodobou, která řeší problematiku poškození závažného a chronického rázu. Léčebná rehabilitace je velmi rozsáhlou kapitolou s interdisciplinárním charakterem. Proto se v rámci léčebné rehabilitace můžeme setkat také s prvky psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie. Tyto metody jsou často aplikovány u dětí s tělesným postižením, zejména s DMO. Proto se nejvíce do léčebné rehabilitace zařazují tyto metody **(podle Jankovského 2001):**

a) Fyzikální terapie

Do těchto postupů jsou zařazeny různé druhy masáží (např. klasická masáž, reflexní masáž, podvodní masáž), elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, laserové záření, léčba teplem, vodoléčba a také léčba přírodními léčivými prostředky v balneoterapii.

b) Léčebná tělesná výchova (LTV)

Léčebná tělesná výchova (dále LTV) je hlavní metodou fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Efektivní je zejména u dětí s DMO, u kterých je nejúčinnější metodou. Základní forma LTV je individuální nebo skupinové tělesné cvičení, se zaměřením na posturální chování. K podpoře motorického vývoje se používá, zvláště u nejmenších dětí do tří let, cíleného programu LTV s reflexními prvky. U nás jsou to především Vojtova metoda (Vojtův princip) a metoda manželů Bobathových, které mohou používat fyzioterapeuti a také ergoterapeuti. **(podle Votavy a kolektivu 2003)**

Obě tyto metody fungují na základě vývojové kineziologie a obě jsou reflexními terapiemi. Základním principem Vojtovy metody je fakt, že v centrálním nervovém systému člověka jsou zakódované motorické vzory. Nácvik základního pohybového stereotypu vychází z fyziologického vývoje dítěte a žádaný pohyb se vyvolává tlakem na spouštěvé zóny. Vojtova metoda má pozitivní vliv na rozvoj dítěte s DMO právě při včasném zahájení a opakovaném provádění. Častým a pravidelným cvičením dochází k fixaci těchto pohybových programů a jejich přirozenému používání. Bobathova metoda se používá k uvolnění spasmů, ke zlepšení koordinace pohybu a rovnováhy. Vychází z předpokladu (podobně jako u Vojty, který na Bobathovy navazuje), že mnohé pohybové potíže dětí s DMO jsou způsobeny vlivem patologických tonusových reflexů a hlubokých šíjových reflexů, které dítě nemůže překonat pro poruchu centrálního nervového systému. Když se tyto reflexy podaří utlumit, může se rozvinout normální motorika. Je tomu tak jen do určité míry. Bobathovi rovněž co nejvíce využívají spolupráce rodičů, ale oproti metodě Vojtové již více předpokládají spolupráci dítěte. Tato metodika je však využitelná rovněž od začátku, jakmile je diagnóza stanovena. Bobathova metoda respektuje ontogenetický vývoj dítěte s DMO, to znamená (dále tzn.), že se cvičí v těch polohách, které již dítě pokud možno posturálně zvládá, aniž se projevuje patologická svalová aktivita. Bobathova metodika zahrnuje rovněž nácvik denních činností, techniku držení, nošení, posazování a jiného zacházení s dítětem. **(podle Trojana, Drugy, Pfeiffera, Votavy 1996)**

c) Ergoterapie

Ergoterapie je chápána jako metoda, která rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka s postižením tak, aby jej bylo možné úspěšně začlenit do plnohodnotného života a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace.

Viz. Dále

d) Animoterapie (hipoterapie a canisterapie), arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie

Animoterapie je terapie s využitím živých zvířat. Zvíře poskytuje lidem společnost. Je zdrojem mazlení a projevů oddanosti, důvodem k radosti a příležitostí k hrám a pohybu. Animoterapie však využívá i působení jiných vlastností zvířat. Jejich tepla, které kladně ovlivňuje spasticitu a svalovou činnost vůbec, facilitačních prvků ve formě taktilních podnětů, vznikajících třením o srst zvířete, jeho hlazením a dotýkáním se a zároveň využívá jejich rytmických pohybů.

Hipoterapie je komplexní rehabilitační metodou, která k léčebným účelům využívá koně, jeho tepla. Tělesná teplota koně totiž kladně ovlivňuje spasticitu a svalovou činnost vůbec. Vlivem pohybu koně dochází k mimovolnému zapojování reflexů pro rovnováhu, které vedou ke zlepšování držení těla a hlavy nemocného. Indikaci k hipoterapii doporučují neurolog, rehabilitační lékař a prakticky ji vede vyškolený fyzioterapeut.

Základní principy hipoterapie jsou ve sloučení fyzioterapie a psychoterapie, které působí na nemocného zároveň. **(podle Votavy a kolektivu 2003)**

Canisterapie k léčebným účelům využívá psa. Tato terapie dosáhla v posledních letech mnoha úspěchů a zároveň došlo k jejímu rozvoji. Zejména u dětí je tato metoda velmi oblíbená. Napomáhá zlepšovat psychickou pohodu, komunikaci, pohybové schopnosti a emoce u dětí. Touto metodou lze docílit odstranění agresivních projevů a to nejen vůči zvířatům, ale také mezi dětmi navzájem. Canisterapie kromě psychologického efektu, podobně jako hipoterapie, využívá tepla zvířete a jeho pohybu.

Dnes tato metoda nalézá své uplatnění také při sportu zdravotně postižených.

Specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie)

Tyto metody jsou součástí nejen do rehabilitace léčebné, ale také do rehabilitace pedagogické, psychologické, ale také do rehabilitace pracovní a sociální.

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných činností. Kresba, malba, práce s materiály jako je včelí vosk a keramická hlína, které pomáhají uvolnit spasticitu a procvičují jemnou motoriku rukou, grafomotoriku a dosahují významného psychologického efektu.

U dětí s DMO má výtvarná činnost také význam diagnostický a umožňuje dítěti dosáhnout úspěchu. V těchto souvislostech se však jedná se o tzv. artefietiku. U tohoto postupu totiž není prioritou léčba, nýbrž výtvarný zážitek. **(podle Jankovského 2001)**

Muzikoterapie je terapeutickou a výchovnou metodou, ve které je dominantní hudba. Využívá hudby, rytmu, zvuků, tónu, zpěvu, často v návaznosti na pohyb nebo výtvarnou tvorbu.

Vytváření hudby, možnost podílet se na ní, poslech a vnímání hudby se považují za léčebné prostředky. Tento typ terapie využívá verbálních i neverbálních prostředků. Verbálně se pracuje se zpěvem, rytmiací slov, výkřiky i šeptem. Neverbálně se pracuje s hudbou, rytmem i zvuky. Zpěv a práce s dechem má také velký vliv na další tělesné a psychické procesy. Hudba působí relaxačně i dráždivě a zároveň stimuluje energii.

V rehabilitaci je využití hudby velmi široké. Může pomoci zapojit postiženou část těla do pohybu, je součástí dechové gymnastiky, vede k posílení koncentrace, pozornosti i paměti. Muzikoterapie napomáhá nemocným v rozvoji mezilidské komunikaci, může hrát podstatnou roli při snadnějším zvládnutí emocí, pomůže emoce ventilovat. Je významnou pomůckou v rozvoji rytmu, který je důležitý při nábiku správné chůze a k nápravě řeči.

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky a je také využívána jako prostředek léčebné rehabilitace, anebo jako součást aplikované psychologické disciplíny, která zejména u dětí zahrnuje nejrůznější tvůrčí činnosti, převážně výtvarné a hudební, zejména u dětí.

Psychoterapie zahrnuje nejen péči o dítě s postižením, ale dotýká se také jeho rodičů a celé rodiny.

Zejména u dětí s DMO se využívá chirurgických zákroků. Provádí se především na Achillových šlachách, kolenních šlachách a také na periferních nervech pro zmírnění spasticity. K řešení skoliózy se využívá fixace v korzetu, výjimečně se řeší chirurgicky. Ve vztahu strabismu k DMO mohu zmínit jako chirurgický výkon korekci extraokulárních svalů. Velký význam mají také kompenzační pomůcky pro lokomoci (např. vozíky, kárky, ortézy), pomůcky pro manipulaci (podavače, upravené přístroje) a jiné (dále aj.) další pomůcky. **(podle Jankovského 2001)**

4.2.2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Sociální rehabilitace má v rámci ucelené rehabilitace významnou roli. Je celoživotním procesem a prolíná se s ostatními složkami ucelené rehabilitace. Záleží na roli, kterou ve společnosti člověk zaujímá a na jeho vztahu ke svému handicapu. Člověk je na společnosti závislý, pokud dojde k disharmonii mezi jedincem a společností, pak dochází k nežádoucí sociální defektivitě. Rehabilitace slouží především k tomu, aby tato situace ani nenastala. Mluví se o tzv. prevenci defektivity.

Sociální rehabilitace učí člověka žít s postižením, přijmout jej. Řeší problémy, které platí obecně pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické potřeby vyplývající z druhu a stupně postižení.

V rámci sociální rehabilitace jsou uplatňovány zejména *metody reedukace* (rozvoje poškozené funkce a zbytkových schopností), *kompenzace* (náhrady poškozené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a *akceptace* (přijetí života s postižením).

Děje se tak ve zdravotnických zařízeních, v ústavech sociální péče, ve speciálních školách, v rodině, při práci a v rámci nestátních neziskových organizací. Cíle a úkoly sociální rehabilitace jsou rozpracovány v programech, které respektují druh a stupeň postižení. Zejména u dospělých osob je součástí sociální rehabilitace také vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život. Patří sem také sociální zabezpečení - tzn. přiznání invalidního důchodu a další finanční příspěvky. V neposlední řadě do této oblasti patří také služby osobní asistence. **(podle Jankovského 2001)**

4.2.3 PEDAGOGICKÁ REHABILITACE

Pedagogická rehabilitace svým obsahem odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky. Odborníci, kteří jsou za tuto část ucelené rehabilitace zodpovědní, jsou především speciální pedagogové. Pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. **(podle Jankovského 2001)**

Jedním z důležitých cílů této rehabilitace je dosažení potřebné úrovně a obsahu vzdělání, nejen u dětí, ale i v dospělosti, kdy doplnění vzdělání či rekvalifikace zvyšuje možnost perspektivního pracovního uplatnění.

„Státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy o právech dítěte z roku 1989, mají podle článku 28 za povinnost uznat právo dítěte na vzdělání.“ Česká republika (dále ČR) je signatářem této úmluvy. (článek 28 Úmluvy o právech dítěte č.104/1991 Sb.)

Další významnou mezinárodní úmluvou garantující právo dítěte na vzdělání je Deklarace práv dítěte z r.1959. Tato deklarace byla přijata Valným shromážděním OSN pod číslem usnesení DEO1/1959.

Toto právo se vztahuje také na děti se specifickými poruchami učení a je zakotveno i v základních právních normách ČR. Edukace dětí s DMO v mateřské škole by měla plynně navázat na práci s rodinou v rámci rané péče. Mateřská škola (dále MŠ) není sice součástí povinné školní docházky, přesto však tvoří významný pilíř v socializaci a tedy může představovat nesmírně důležitou a nezastupitelnou etapu v rámci komplexní péče a ucelené rehabilitace dítěte. V předškolním věku také dochází k dynamickému rozvoji poznávacích procesů. MŠ děti navštěvují od 3 do 6 let, respektive do 7 let svého věku.

V souvislosti s problematikou školní zralosti, tedy připravenosti dítěte navštěvovat školu, existuje možnost odkladu povinné školní docházky. V tomto diagnostickém procesu se posuzuje zralost v oblasti somatické, rozumové, sociální, pracovní a také emocionální.

Plnění školní docházky u dětí s DMO je ovlivněno druhem a stupněm postižení. Jedná-li se o lehčí postižení, zpravidla nejsou problémy s docházkou takového žáka do běžné třídy základní školy, případně se upraví podmínky tak, aby mohl běžnou třídu základní školy navštěvovat.

Takovými podmínkami jsou kupříkladu nižší počty žáků ve třídě, pedagogický asistent, kooperující s učitelem, ale rovněž bezbariérová úprava prostředí. Využít lze i speciálních tříd na základní škole. Představují jakýsi mezistupeň mezi běžnou základní školou a speciální školou. U vážnějších postižení, kdy žák potřebuje specifickou intenzivní péči odborníků a vybavení rehabilitačními a kompenzačními pomůckami se využívá speciální zařízení a speciální školy. Dítě žije ve své rodině a do speciální školy buď denně dochází, anebo je umístěno v internátě, případně v ústavu sociální péče. Tím je však narušen denní kontakt dítěte s rodinou. Z hlediska standardů a učebních osnov vzdělání, jsou vytvořeny vzdělávací programy, které respektují mentální dispozice žáků. Konkrétně se jedná o Vzdělávací program základní školy, dalším programem je Vzdělávací program zvláštní školy, Vzdělávací program pomocné školy a Vzdělávací program speciální školy pro žáky s tělesným postižením.

Od školního roku 1994/1995 jsou vydávány metodické pokyny Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) České republiky k integraci dětí a žáků se zdravotním postižením, respektive k integraci žáků a dětí se speciálními potřebami, do škol a školských zařízení. Takto je vytvořen rámec pro integraci těchto dětí a žáků s respektováním speciálně pedagogických, psychologických, zdravotnických a ekonomických hledisek. Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními potřebami do škol a školských zařízení, č.j. 13710/2001-24 ze dne 6.6.2002 metodický pokyn též stanoví podmínky pro vypracování tzv. individuálního vzdělávacího programu pro žáka se zdravotním postižením, který je individuálně integrován v běžné základní škole. Úspěšnost integrace ovšem závisí na dalších faktorech. Mimo jiné na rodině, na její úplnosti či neúplnosti, na výchovných metodách, na vzdělání rodičů i na socio-kulturní a ekonomické úrovni rodiny. Neméně důležitou roli hraje školní zařízení a úroveň vybavenosti, bezbariérová úprava, vychovatel, pedagog a osobní asistent a kvalita diagnostické činnosti, respektive metodická pomoc odborných zařízení. Vítaným přínosem jsou iniciativy rodičů dětí se zdravotním postižením a sdružení zdravotně postižených, pracujících většinou na bázi nestátních neziskových organizací. **(podle Jankovského 2001) viz. dále.**

4.2.4 PRACOVNÍ REHABILITACE

Práce patří mezi primární potřeby člověka a pokud tato potřeba není splněna, může docházet k frustracím a stresovým stavům. Prevencí těchto stavů se zabývá pracovní rehabilitace, která

se stává součástí ucelené rehabilitace v období dospívání a dospělosti člověka s postižením. Pomáhá zdravotně postiženým lidem s uplatněním v pracovní činnosti na trhu práce a obnovit pracovní potenciál. Součástí pracovní rehabilitace je také systém rekvalifikací, využívání volného času a rozvíjení zájmových činností.

Tzv. předpracovní rehabilitace, neboli ergodiagnostika, která je součástí pracovní rehabilitace, pracuje s modelovými činnostmi a jinými testy, které umožňují posoudit klientovy předpoklady pro jeho pracovní uplatnění. Viz. dále

Pracovní rehabilitace se významně podílí a napomáhá integraci zdravotně handicapovaných dětí i dospělých. Sociálně pracovní integrace, motivace, získání asertivity, společenskopracovní prestiže a ekonomická nezávislost, to vše jsou hlavní cíle pracovní rehabilitace. Uvedené cíle však figurují i jako cíle jiných složek rehabilitace.

Z hlediska integrace je důležité si uvědomit, že cíle pracovní rehabilitace souvisí s uspokojováním individuálních i celospolečenských potřeb.

Pracovní rehabilitace je soubor činností zaměřených na překonání práceneschopnosti (nebo změněné pracovní schopnosti) a na vytvoření vnitřních podmínek pro pracovní uplatnění osob se změnou pracovní schopnosti. U mladistvých je takto zaměřena velká část jejich výchovy a vzdělávání, speciálně pak profesní příprava, která má odstranit práceneschopnost nebo ztrátu pracovní schopnosti a současně poskytnout kvalifikaci pro pracovní uplatnění.

Představuje postupy různých intelektuálních a manuálních aktivit, jejichž výsledkem jsou vytvořené společenské nebo individuálně významné hodnoty. Předpokladem pracovní činnosti jsou schopnosti psychofyzilogické, motorické, zvláště pak manuální.

Z intelektuálních předpokladů je to hlavně intelekt, dále pak úroveň psychických procesů, jako jsou vnímavost, pozorovací schopnost, postřeh a všímavost, pozornost, soustředěnost, zaměřenost na podstatné složky činnosti, senzomotorické koordinace. Patří sem i dovednosti, návyky a automatismy intelektuálního charakteru. Patří sem také emocionální stabilita, vůle a schopnost nepodléhat únavě.

Z manuálních předpokladů jsou to různé pracovní pohybové návyky, zručnosti a diferencovaně používaná fyzická síla.

Předpokladem pracovní činnosti je i kvalifikovanost, která podle rozvinutých intelektuálních, manuálních, motivačně emočních a tvůrčích schopností představuje i sumu vědomostí v daném pracovním oboru.

Soubor těchto vlastností vytváří pracovní potenciál člověka. (podle Jesenského 1995)

4.2.5 TECHNICKÁ HLEDISKA V UCELENÉ REHABILITACI

Technologie v ucelené rehabilitaci jsou rychle rozvíjející se oblastí a prolínají se všemi jejími složkami. Nejvíce používané pomůcky zahrnuje medicínsko-technický obor ortopedická protetika. Protetika zahrnuje výrobu končetinových protéz, výrobu dlah a podpůrných aparátů (ortéz), kosmetických náhrad ztracených částí těla (epitéz), ortopedické obuvi (kalceotika) a také výrobu pomůcek pro denní činnost (adjuvatika). Do tohoto oboru se dále zahrnují pomůcky jako např. komunikační prostředky, upravené počítače a další moderní přístroje. V neposlední řadě také vozíky a další pomůcky pro transport a lokomoci, tedy upravená osobní auta, autobusy.

4.3 ERGOTERAPIE JAKO REHABILITAČNÍ METODA

Výraz ergoterapie vznikl z řeckých slov ergon – práce a therapia – léčení. Termín ergoterapie je v anglosaské literatuře pozměněn za pojem occupational therapy. Oba termíny znamenají léčbu prací. Je to lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby. Tuto odbornou činnost vede kvalifikovaný pracovník – ergoterapeut. Jde o využití práce popř. příbuzných činností a toto využití vychází z možností, které vyplývá z onemocnění a stavu pacienta. Léčebný program se vypracovává individuálně u každého pacienta, tak aby respektoval zdravotní stav postiženého.

Cílem ergoterapie je zvýšení kvality života nemocných, dosažením maximální soběstačnosti a nezávislosti v domácím, pracovním a sociálním prostředí. **(podle Votavy a kolektivu 2003).**

Prostřednictvím vhodně zvolených aktivit a zaměstnání se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního člověka (dále ADL), v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Pro dosažení tohoto cíle je nutná spolupráce v rehabilitačním týmu s lékaři, fyzioterapeuty, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky, speciálními pedagogy, zaměstnavateli a ostatními profesionály. Nezbytnou součástí tohoto procesu je zajisté osobní aktivita pacienta a jeho rodiny.

Ergoterapie se podílí na návaznosti léčebné rehabilitace na ostatní složky ucelené rehabilitace, tedy na rehabilitaci pracovní, pedagogickou a sociální.

Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, eventuálně činnosti při léčbě jedinců každého věku a s různým typem postižení, kteří jsou trvale, nebo dočasně

fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postižení. Jako důležitá součást ucelené rehabilitace přispívá k zmírnění vzniku handicapu u osob s disabilitou.

Ergoterapie je stará léčebná metoda a jako skutečně léčebnou metodu ji pravděpodobně použil dr. Pinel (1745 – 1826) ve Francii, a to v psychiatrických léčebnách.

V Čechách se ergoterapie uplatnila taktéž v psychiatrických léčebnách, již v minulém století. (např. v Brně léčbu prací zahájil známý psychiatr Prof. MUDr. Čermák). Pacienti pracovali převážně na zahradách a v zemědělských provozech, které přiléhaly k ústavu. Ergoterapie se jako metoda uplatňovala také v tuberkulózních sanatoriích. MUDr.F.Hamza, zakladatel dětské tuberkulózní léčebny v Luži – Košumberku, využíval ergoterapii pro své pacienty a od roku 1913 byla ergoterapie zaváděna profesorem MUDr.R.Jedličkou v jeho známém ústavu v Praze, kde se léčily postižené děti a také váleční invalidé z první světové války, kteří nemohli vykonávat svá původní povolání a zde se přeškolovali na jiná zaměstnání. Byli v péči a pod dozorem pedagogů F. Bakule, A. Bartoše a MUDr. V. Trnky, blízkých spolupracovníků profesora R. Jedličky.

Ergoterapie dosáhla rozvoje v souvislosti s epidemií dětské obrny, která v několika vlnách zaplavila všechny civilizované země v období mezi první světovou válkou a rokem 1955, kdy byla objevena očkovací látka proti této chorobě.

Jak je patrné z výše uvedeného, ergoterapie má mimořádné postavení v *psychiatrii*. Nejde o soběstačnost ve smyslu denních činností, ale o skutečnou soběstačnost v širším slova smyslu k překonání společenské bariéry, kterou mezi duševně nemocné a zdravé staví jejich onemocnění.

Ergoterapii lze uplatnit v léčebných možnostech *mentální retardace*. Mentální retardace může být součástí obrazu DMO. U lidí s lehkou mentální retardací má ergoterapie význam spíše v ergodiagnostice zaměřené na pracovní činnost, kterou bude postižený vykonávat. U lidí se střední mentální retardací je však ergoterapie jednou z hlavních léčebných metod. Zaměřuje se na osvojení kompetencí k jednoduchým pracovním úkonům, které se mohou stát náplní práce v chráněných dílnách. U lidí s těžkou mentální retardací je ergoterapie zaměřena na nácvik sebeobsluhy a na podporu co největší samostatnosti v každodenních činnostech. U lidí s hlubokou mentální retardací je potřeba stálé asistence dospělé osoby a tak ergoterapie zde přechází v koncept bazální stimulace.

Ergoterapii lze aplikovat stejně jako u lidí s mentální retardací u lidí s *autismem*. I pro ně je to komplexní péče, která rozvíjí jedince po stránce fyzické, tak i psychické. Podle individuálních

potřeb se zaměřuje především na nácvik běžných denních činností – ADL (jízda dopravními prostředky, nácvik komunikace), v dospělosti se zaměřuje na podporu do pracovního zařazení, do chráněných dílen a na trénink samostatného bydlení.

Rovněž u *tělesného postižení* má ergoterapie významné postavení a je součástí komplexní péče, která vyžaduje týmovou spolupráci. Zde je kladen největší důraz na schopnost sebeobsluhy tělesně postiženého člověka. V rámci ergoterapie se nacvičuje manipulace s kompenzačními pomůckami, také s mechanickým, elektrickým vozíkem. Příklad aplikace ergoterapie u tělesně postiženého dítěte s DMO uvádím v praktické části diplomové práce. Viz. dále.

Také bych se ráda zmínila o možné aplikaci ergoterapie u *smyslových vad*, především u vad zraku. Zde se terapeuti zaměřují zejména na proškolení v obsluze některých kompenzačních pomůcek a podávají informace o možnostech jejich získávání. (např. televizní lupy, pomůcky pro sebeobsluhu, samostatný pohyb), dále na nácvik sebeobsluhy (ADL apod.), na výcvik prostorové orientace v interiéru a exteriéru a chůzi s bílou holí, s průvodcem, výběr vhodných tras. Důležitý je i nácvik chování v různých společenských situacích a způsobů kontaktu s lidmi (v dopravě, v obchodě apod.). Nelze opominout nácvik vlastnoručního podpisu, nácvik psaní na psacím stroji, počítači, na poradenství týkající se úprav prostředí a odstraňování architektonických bariér z hlediska jejich potřeb.

U vad sluchu se ergoterapie uplatňuje zejména v různých úpravách interiéru (např. hlasový signál zvonku se převede na světelný signál)

Specifické terapeutické metody a techniky ergoterapie

Specifické terapeutické metody a techniky rozšiřují základní dovednosti ergoterapeutů. Např. Bobath koncept, který se vhodně upravuje dle potřeb ergoterapie a je často používán.

Sensorická integrace, specifická metoda, při níž se klade důraz na schopnost jedince přijímat informace od okolních osob a z prostředí. Vychází ze vzájemné závislosti senzoryckého vstupu a motorického výstupu a často využívá různých, vzájemně kombinovaných senzoryckých podnětů. Tato metoda přispívá k vývoji percepce, orientace v čase, koordinace, cíleného pohybu a primárně kognitivních procesů. Do těchto metod patří tzv. kognitivní metody, které ergoterapeuti používají u osob s poruchou kognitivních funkcí. Jedná se o dva přístupy:

1) Restituce (obnovení funkcí, k němuž dochází zčásti i spontánně. Tato metoda je založena na intenzivním cvičení).

2) Substitute (vede k náhradě trvale ztracených funkcí. Toho se dosahuje také kompenzačními technikami. Např. poruchu paměti lze kompenzovat zaznamenáváním všech údajů, zhoršenou orientaci lze odlišit barevným označením, plánky, úpravou prostředí apod.).
(podle Votavy a kolektivu 2003)

Vzdělávání ergoterapeutů

V současné době se obor diplomovaný ergoterapeut studuje formou denního studia na čtyřech vyšších zdravotnických školách v Mostě, Ostravě, Teplicích a Plzni.

Délka studia je tři roky. Jediné vysokoškolské studium ergoterapie nyní probíhá na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy (dále LF UK). Zde byla výuka zahájena v roce 1994 a studium je tříleté bakalářské. Magisterské studium ergoterapie v ČR zatím není otevřeno.

4.3.1 PROSTŘEDKY ERGOTERAPIE

Prostředky ergoterapie umožňují dosáhnout cílů oboru, spolu s interdisciplinární spoluprací v rehabilitačním týmu s lékaři, fyzioterapeuty, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky, speciálními pedagogy, popřípadě (dále popř.) zaměstnavateli a ostatními profesionály. Prostředky ergoterapie se dělí do tří skupin:

- 1) Diagnostické prostředky, které slouží ke zhodnocení zbylých funkčních schopností v oblastech mobility, všedních denních činností, funkčních schopností horních a dolních končetin, kognitivních funkcí, na základě postižení, nebo nemoci. Zahrnuje také zjišťování zbylého pracovního potenciálu a potřeby kompenzačních pomůcek.

Testování a hodnocení v ergoterapii

Existuje řada testů, které pomáhají při hodnocení rehabilitantů. Na větších pracovištích si ergoterapeutky vytvářejí i některé vlastní testy. Někdy se hovoří o testových bateriích.

Důležité je, aby byl test validní, aby skutečně hodnotil to co se od testu očekává.

Např. test Barthelové informuje pouze orientačně o pravděpodobných nárocích na pomoc druhého člověka, kterou je nutno věnovat postižené osobě v každodenních činnostech. Test není podrobný, vyjadřuje se jednoduchým sečtením bodů. Test, nebo také Index Dorotheý W. Barthelové je jednoduchým indexem osobní nezávislosti a je vhodný pro posuzování chronicky nemocných osob, zda se zlepšují během rehabilitace. Využívá se před přijetím do

nemocnice a po propuštění, slouží také jako podklad ke zpracování ergoterapeutického programu ve speciálních školách. Informace z testu jsou důležité i pro plánování osobních asistencí. Každý test by měl být reliabilní, tedy spolehlivý a testuje se několikrát za sebou. Opakováním se test stává pro testovaného známý, a proto je vhodné mít více podobných variant.

Test Jacobsové je speciálně určen pro osoby s omezenými pracovními možnostmi. Skládá se z několika činností, určující předpoklady pro zaměstnání v oblasti pomocné kancelářské práce a hodnocení jakosti výrobků. **(podle Pfeiffera 2001)**

2) Preventivní prostředky, které přispívají pomocí cíleného terapeutického plánu, výběrem správných technik a metod k prevenci vzniku disability a handicapu, výběrem správných metod a technik.

3) Terapeutické prostředky, které napomáhají na základě ergoterapeutického hodnocení ve spolupráci s pacientem stanovit terapeutický plán. Cílem tohoto plánu je zachování, a zlepšování soběstačnosti, pracovních aktivit i aktivit volného času a také podpora v zastávání potřebných sociálních rolí. **(podle Votavy a kolektivu 2001)**

4.3.2 ROZDĚLENÍ ERGOTERAPIE Z HLEDISKA POUŽÍVANÝCH ČINNOSTÍ

4.3.2.1 ERGOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA VÝCHOVU SOBĚSTAČNOSTI, NA TRÉNINK ADL

Onemocnění často způsobí poruchu, která znemožňuje, nebo značně omezuje schopnost pacienta provádět ADL. Do skupiny ADL se zařazují činnosti, které se vztahují k základním fyzickým funkcím (personální, nebo bazální ADL). Patří sem osobní hygiena, oblékání, soběstačnost při jídle, při přesunech a mobilita. Dále se do skupiny ADL zařazují sociální aktivity života (instrumentální ADL, nebo rozšířené). K těmto aktivitám patří domácí práce, nákupy, použití dopravy, jízda autem, telefonování, aj.

Při nácviku sebeobsluhy spolu fyzioterapeuti a ergoterapeuti úzce spolupracují. Fyzioterapeut cvičí většinou velké globální pohyby končetin a trupového svalstva, zatímco detailní pohyby spojené s některými výkony a používání pomůcek spadá do náplně ergoterapeuta.

Hemiparetická forma dětské mozkové obrny je jednou z nejčastějších poruch, která způsobuje disabilitu v sebeobsluze.

Hodnocení ADL zaznamenává aktuální výkon pacienta, ne jeho potencionální schopnost.

Informace pro hodnocení ADL se získávají prostřednictvím přímého pozorování klienta během provádění domácích činností v domácím prostředí, nebo jejich simulováním na ergoterapeutickém oddělení, anebo pomocí standardizovaných dotazníků a škál vyplněných rodinou nebo samotným klientem.

Výhodou těchto škál je možnost monitorování pokroku v průběhu rehabilitačního programu a nevýhodou je, že tyto výsledky nemohou určit příčinu závislosti, nebo problému klienta a tedy i míru požadované asistence.

Výkon činností v ADL aktivitách je ovlivněn i možnou dysfunkcí v jednotlivých komponentách při provádění činností. Může jít o motorickou složku (svalová síla, svalový tonus, koordinace, tolerance činnosti, výdrž), nebo o senzorickou složku (dotykové čítí, bolest, prostorová orientace, tělesné schéma, o kognitivní složku, jako vědomí, koncentrace, paměť, orientace, komunikace, schopnost řešit problém) a také psychosociální složku (chování, motivace klienta, osobnost, nálada aj.). **(podle Votavy a kolektivu 2003)**

4.3.2.2 ERGOTERAPIE CÍLENÁ NA POSTIŽENOU OBLAST

Tato forma je zaměřena na znalost pohybového aparátu a na vybavení ergoterapeutického pracoviště. Požadavky má podobné, jako se kladou na individuální léčebný tělocvik. Pohyb má být přesný, cílený a dávkovaný. Cvičení se provádí s nějakým nástrojem, nebo s jednoduchým zařízením.

Cílená ergoterapie se zaměřuje podle požadovaného účinku také podobně jako LTV na zvětšení svalové síly, svalové koordinace, rozsahu pohybu, cvičení v určité poloze, na cílený trénink kognitivních funkcí (pozornost, paměť, orientace). Jde o ergoterapii pohybových poruch (impairment), které již mohou způsobit disabilitu (snížení aktivity), ale také nemusí.

4.3.2.3 KONDIČNÍ ERGOTERAPIE A ABILYMPIÁDA

Jejím hlavním úkolem je odpoutat pozornost pacienta od nepříznivých vlivů onemocnění a od negativních vlivů hospitalizace. Snaží se udržet dobrou duševní pohodu a program se

sestavuje především podle zájmů pacienta, úměrně ke stupni postižení a aby vedl k rozvoji pohybového aparátu, tak i duševní činnosti. (podle Pfeiffera 2001)

V této kapitole bych se ráda zmínila o zvláštním typu mezinárodní soutěže - Abilympiádě, která vznikla ve spojitosti s pracovní činností a patří do kompetence kondiční ergoterapie. Tento výraz vymysleli Japonci a vznikl ze spojení olympics of ability, tedy olympiáda dovednosti. Jednalo se o soutěže pracovních dovedností pro osoby se zdravotním postižením, které probíhaly v 70. letech 20. století nejprve v Japonsku. V roce 1981 pak v Tokiu proběhla první Mezinárodní Abilympiáda. Další se potom konala v roce 1985 v Bogotě, v Kolumbii, kde byla založena Mezinárodní Abilympijská Federace. Abilympiáda v Hong Kongu zavedla kromě disciplin profesionálních také discipliny volného času. V roce 2000 se konala 5. světová Abilympiáda v Praze. Tradice Abilympiády je však i v České republice na národní úrovni. Pořádá se prakticky každoročně v Pardubicích. Soutěží se v ergoterapeutických výkonech, které u většiny soutěžících přešly v zaměstnání. Na rozdíl od sportovních soutěží se soutěžící nerozdělují do disciplin podle stupně a typu svého postižení, ale vychází ze zásady, že každý si má vybrat ten druh práce, v níž se může vyrovnat i osobám s jiným typem postižení a především osobám nepostiženým.

a) Příklady pracovních disciplin

Discipliny abilympiády se průběžně mění, tak jak se vyvíjí situace na trhu práce. Řadí se sem práce na počítačích, běžné odborné profese (výroba nábytku, výroba šatů, mechanická montáž, elektrotechnická montáž, soustružení dřeva, řízení auta), práce s výtvarným zaměřením (keramika, šperkařství, fotografie, košíkářství, dřevořezba, návrh plakátu, malba na hedvábí).

b) Příklady disciplin volného času

Mluví se také o „lidové tvořivosti“. Zde mohu uvést např. aranžování květin, zdobení dortu, aranžování studené mísy, vyšívání, pletení, háčkování, batikování, výrobu předmětů z odpadu.

V letech 2001 a 2002 se Národní Abilympiáda konala opět v Pardubicích. Jedličkův ústav v Praze pořádal v roce 2002, 2003 a 2004 samostatnou Abilympiádu pro děti a mládež.

4.3.2.4 ERGOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA PŘEDPRACOVNÍ HODNOCENÍ A TRÉNINK

Předpracovní rehabilitace, neboli ergodiagnostika (ergon – práce, diagnosko – rozlišuji), se stává stále významnější a v poslední době se dokonce dostává na první místo v celé ergoterapii. Tato metoda využívá modelových činností a dalších testů, které umožňují posoudit klientovy předpoklady pro budoucí pracovní uplatnění, včetně motivace. Jde o náročnou práci, která je hlavní náplní ergodiagnostických laboratoří rehabilitačních oddělení.

Pro ergoterapii měly velký význam deklarace OSN (Organizace spojených národů) o rovnoprávnosti, respektive o vyrovnání rozdílů mezi zdravotně postiženými osobami a zdravými občany. Dále Mezinárodní organizace práce, která vydala Směrnice pro aktivní politiku výcviku a zaměstnanosti pro lidi s postižením ve střední a východní Evropě (r.1995). (podle Pfeiffera 2001)

4.4 INTEGRACE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH

Integrací se obecně rozumí spojování částí v celek. Při integraci se řeší zejména problém minorit a majorit a tento vztah je spojen s procesy komunikace, adaptace a kooperace. Do těchto procesů vstupují minority a majority v různých pozicích, které jsou charakteristické určitými soubory znaků. Tyto znaky mohou být určitým minoritám a majoritám společné, stejně tak odlišné.

Integrace je jev, který se aktualizuje při styku hodnotových postojů a řešení rozporů v různých oblastech existence společnosti: v politice, v řešení etnických, národnostních, náboženských, socializačních, enkulturačních, civilizačních, pracovních, rehabilitačních, výchovně vzdělávacích a dalších sporů. Vývoj v těchto oblastech není stejnoměrný. Proto i dosažená úroveň integrace není plošně stejnoměrná a nelze ji považovat za celkově ukončený, již se nerozvíjející jev. V těchto velmi často politizovaných vztazích se aktualizovaly takové jevy jako migrace, stigmatizace, izolacionismus, diskriminace, genocida, xenofobie, agrese, extremismus, rasismus, fundamentalismus a další, z intolerance vyplývající jevy. Jejich protikladem se stala tolerance, humanita a solidarita, úsilí o respektování lidských práv,

nezávislosti a normalizace života zdravotně postižených. V těchto vztazích se v různé míře situačně ocitají i různé skupiny zdravotně postižených a jejich integrace.

Jenom v průběhu 20. století došlo v tomto vývoji k převratným změnám politicko-mocenského, ekonomicko-sociálního, ekologického, informačního, kulturního, civilizačního a v neposlední řadě i názorově ideologického charakteru. **(podle Jesenského 1998)**

Zdravotně postižené osoby a děti nelze vytěšňovat na okraj společnosti. Patří neoddělitelně mezi „zdravé“.

Světová zdravotnická organizace vyjadřuje pojem zdraví jako stav fyzického, psychického a sociálního blaha. Trvalé (nezvratné) zdravotní postižení má podobu defektů organismu nebo poruch jeho funkcí. Ty poté negativně ovlivňují schopnosti existovat a vyvíjet aktivity směrem k prostředí. Projevují se jako neschopnosti (disaptability) postiženého člověka zvládat nejrůznější životní úkoly. Projevují se také jako stavy znevýhodnění (handicap) a poškození člověka v jeho postavení ve společnosti. U handicapovaného člověka nejde jenom o poruchu organismu – defekt, ale také o poruchy jeho vztahů s prostředím – defektivitu. Defektivita reflektuje jak na problémy psychologického i sociálního charakteru. V tomto směru již jde o poškození kvality života postižených. **(podle Jesenského 1995)**

Pojem integrace patří k základním fenoménům rozvoje osobnosti a utváření kvality života zdravotně a sociálně postižených a bezprostředně souvisí s jejich emancipací. Míra integrace je významně podmiňována mírou rovnocennosti (samostatnosti a nezávislosti) postiženého a týká se jednak vlastní osobnosti postiženého, jednak jeho okolí. Integraci některých skupin zdravotně postižených výrazně podporují rehabilitační, kompenzační a reedukační pomůcky a také odstraňování technických a jiných bariér samostatnosti a nezávislosti postižených.

Avšak hlavními prostředky jsou sociální rehabilitace, enkulturace, speciální výchova a vzdělávání, psychologické působení a pracovní uplatnění s velkým podílem ergoterapie.

(podle Jesenského 1995)

Naopak segregace je protipól integrace, to znamená odloučení, oddělování, rozdělování, např. zdravotně postižených od nepostižených, doprovázené hlubokými konflikty. Segregační tendence v minulosti dávaly přednost shromažďování a umisťování dětí s postižením do speciálních škol a zařízení. Vážnou chybou v přístupu k postiženým a možnostem jejich integrace je, když se v diagnostice klade důraz na neschopnost či snížené schopnosti místo důrazu na uchované schopnosti a jejich rozvoj. Problém zdravotně postižených v uplynulých 40 letech v ČR nespočíval v sociálním zabezpečení. To bylo dokonce na vyšší úrovni než ve většině západních zemí (myšleno relativně vůči naší průměrné populaci). Byl vybudován snad

nejrozsáhlejší systém speciálních škol na světě, do kterých byly umisťovány často také děti s nepatrným postižením. Těžce zdravotně postižení stejně jako staří lidé byli umisťováni do velkokapacitních a opět izolovaných ústavů sociální péče. Problém tedy spočíval v tom, že postižení byli doslova segregováni od zdravé společnosti. Většina zdravé populace se tak s postiženými prakticky nesešla.

Segregací se tedy myslí vyčlenění ze společenských vztahů, izolace, rezignace na společenské vztahy, podvolení se handicapu, permanentní hluboká defektivita.

Znevýhodnění je zde chápáno jako nepřekročitelná bariéra mezi handicapovaným a těmi druhými. Segregace tak znamená únik od společnosti, jehož výsledkem bude buď naprostá rezignace a nebo agrese a útok vůči sobě, případně i vůči ostatním. **(podle Jesenského 1995)**

4.4.1 HODNOCENÍ PORUCH, DISABILIT A HANDICAPŮ

Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů byla vydána v roce 1980 Světovou zdravotnickou organizací - WHO a vznikla proto, že u mnoha nemocí nebo úrazů není ani tak důležitá podstata onemocnění nebo úrazu, jako rozsah omezení, které člověku způsobuje. Mnoho nemocí způsobují člověku stejné nebo velmi podobné osobní potíže a naopak nemoc jedné etiologie může způsobovat velmi rozličné obtíže. Proto byla navržena další klasifikace, která klasifikuje následky daných diagnóz. Nejprve hodnotí poruchu (impairment), což je projev na úrovni orgánu a jeho funkce. Pokud je však porucha větší a nemocného začne omezovat v jeho denních běžných činnostech, vzniká disabilita. Sociální důsledky disabilit, zejména jejich projekce do společenského života a sociálního uplatnění se nazývá handicap. **(podle Pfeiffera 2001)**

1. Porucha

Porucha je manifestace diagnózy na úrovni orgánu nebo tělového systému a je morfologická, anebo funkční, ale většinou obojí. Porucha může být trvalá, nebo přechodná a pokud nepřekročí určitý rozsah, neomezuje člověka, takže ji nemusí ani vnímat. Porucha je dynamická (pokračuje, zhoršuje se), anebo statická (nemění se). Jedna porucha může způsobovat poruchy další, takže vzniká řetězec poruch, nebo se i sama zhoršuje a v určité fázi způsobí disabilitu.

2. Disabilita

Disabilita je snížení nebo znemožnění vykonávat některé běžné činnosti, což je způsobeno poruchou orgánu, nebo více orgánů. Za běžnou se považuje taková činnost, která se očekává od člověka stejného pohlaví a věku a je potřebná k osobní nezávislosti v normálním každodenním životě. Užívá se neutrálního pojmu aktivita, která může být chorobou, nebo úrazem snížená a pak se stává disabilitou.

3. Handicap (znevýhodnění)

U pojmu handicap se někdy váhá, zda není lepší hovořit spíše o participaci, s ohledem na sociální život. Teprve, když je tato participace ze zdravotních důvodů omezená a postižená, osoba je disabilní a má potíže při integraci, pak se hovoří o handicapu. Současně se pracuje na návrhu o zavedení samostatné dimenze životního prostředí ke zjišťování, zda je prostředí bariérové, nebo facilitační, tedy život usnadňující. Vyhodnocení prostředí bývá zpracováno ergoterapeuty.

K výrazným prostředkům překonávání disabilit a handicapů patří kompenzace, reedukace a postupy směřující k integraci.

Reedukace (re – znovu, edukace – výchova) je úsilí o obnovení porušených funkcí.

Představuje rehabilitační postupy, které vycházejí z možností používat poškozený orgán.

Klade si za úkol odstranit, upravit, zastavit nebo alespoň zpomalit progresivitu defektu a zabezpečit tak prevenci defektivy.

Kompenzace je úsilí o nahrazení porušené funkce jinou funkcí. Klade si za úkol odstranit, upravit, zastavit nebo zpomalit nástup defektivy. Integrace postižených je stav, soužití postižených a intaktních, stav, kdy „žijí jeden pro druhého“, je to stav kdy se samotný postižený nepovažuje za zvláštní součást společnosti a kdy ani intaktní společnost nepocituje postiženého jako zvláštní součást, tzn., kdy se totálně naplnila vzájemná adaptabilita a úplně ustoupila defektivita. Stav integrace docílíme rozvojem osobnosti, socializací (resocializací) a enkulturací postiženého. Z hlediska rehabilitace je integrace jedním z jejích cílů. **(podle Jesenského 1995)**

4.4.2 ROZDĚLENÍ INTEGRACE

Integrace je komplexní jev. Z hlediska její aplikace v různých oblastech se rozlišuje:

- integraci osobnosti
- integraci sociální
- integraci kulturní
- integraci pedagogická
- integraci právní

(podle Jesenského 1998)

4.4.3 PEDAGOGICKÁ, ŠKOLNÍ INTEGRACE

Vstup dítěte do *základní školy* je považován za jedno z nejdůležitějších pro celé vzdělávací období a profesní přípravu. V této etapě mají rodiče a děti možnost volby. Volby mezi segregovaným vzděláváním a umístěním dítěte do speciálních škol různého typu nebo integrovaným vzděláváním v základním vzdělávacím proudu na běžných školách.

V celosvětovém měřítku se stal precedentem americký zákon o právu všech postižených dětí na integrované vzdělávání (Education for All handicapped Children Act), obecně známým pod zkratkou EHA. Tento zákon, který plně vstoupil v platnost v roce 1978, americkým veřejným školám ukládá povinnost, aby postiženým dětem poskytly zdarma odpovídající vzdělání přizpůsobené tak, aby jejich handicap byl redukován. Dvěma hlavními termíny v tomto zákonu jsou slova „odpovídající“ (appropriate) a „individuálně přizpůsobený“ (individually prescribed). Program je považován za odpovídající, pokud žáky umístí do co nejméně omezujícího (least restrictive) prostředí, v němž mají co možná největší kontakt se zdravými dětmi. Po takřka dvaceti letech zkušeností američtí autoři hodnotí výsledky realizace EHA jako úspěšné. Ukázalo se, že učitelé běžných škol, speciální pedagogové, ředitelé škol a další pracovníci na místní úrovni prokázali pozoruhodné odhodlání realizovat cíle zákona a stejně pozoruhodnou ochotu podpořit tento program svým úsilím. (podle Průchy 1997)

Postoj společnosti ke vzdělávání postižených dětí prodělal výrazný posun, od odmítání práva na jejich vzdělávání přes dlouhodobé období segregačních tendencí ve speciálních

vzdělávacích institucích, často internátního a ústavního charakteru, až k integraci výchovy a vzdělávání spolu se zdravými vrstevníky. Po celá desetiletí byl vytvářen systém speciální výchovně vzdělávací péče u nás a ve světě. Posláním tohoto školství bylo speciálními výchovnými a vzdělávacími prostředky a metodami práce s využitím didaktických pomůcek, kompenzační techniky, pod vedením speciálně vzdělaných učitelů, umožnit zdravotně postiženým žákům co možná nejvyšší stupeň znalostí a dovedností. Konečným cílem bylo vždy zapojení, socializace postiženého jedince v dospělosti do běžného občanského života. Také zahraniční zkušenosti prokázaly, že za určitých podmínek velká část postižených dětí nemusí být vzdělávána odděleně od svých zdravých vrstevníků ve speciálních školách. Rok 1990 byl v ČR významným předělem v této oblasti. **(podle Jesenského a kol. 1995)**

Pojem pedagogická integrace není ani v odborné sféře dostatečně rozšířený. Více používaný je pojem *školní integrace*, neboť váže integraci na významnou výchovně vzdělávací instituci – školu. **(podle Novotné, Kremlíčkové 1997)**

Zahrnuje nejen integraci školní, ale i mimoškolní, působení rodiny, integrační působení osvětových, kulturních a dalších institucí a zařízení. V tomto procesu je nutné se zaměřit na podchycení a rozvíjení uchovaných schopností a jejich rozvoj a ne poukazovat na vzniklý handicap. Proto se odstraňují bariéry, které jim v uplatnění jejich schopností brání. Tyto bariéry jsou nejen fyzické, ale i psychické. Psychické bariéry jsou na obou stranách, u osob zdravých i postižených. Zdraví mnohdy nevědí, jak s postiženými osobami jednat a postižení se mnohdy stydí nebo nechtějí být na obtíž. A fyzické bariéry jim situaci ještě ztěžují. **(podle Jesenského a kol. 1995)**

Právě v oblasti školství je integrace nejlépe metodicky a organizačně propracována. Poradny a speciální pedagogická centra plní významné funkce diagnostické, informační a metodicko-koordinační se zaměřením na rodiče, učitele, vychovatele i pracovníky v rehabilitaci a rekvalifikaci. *Mimoškolní instituce* (sportovní, turistické oddíly, kluby, organizace a sdružení, zájmové kroužky, zimní a letní tábory, rekondiční pobyty, pěvecké, taneční, divadelní soubory apod.), mají zaměření užší a více tak reflektují na uchované schopnosti. V mimoškolních institucích může jít přímo o integrované výchovně-vzdělávací instituce. Rehabilitační komunity skýtají možnost pro seberealizaci každého člena v oblasti, která více odpovídá jeho osobním schopnostem. V komunitě je integrován a komunita se pak může integrovat jako skupina na vyšší úrovni než její jednotlivý člen, přes skupinu pak získává i zkušenosti a schopnosti k individuální integraci ve společnosti intaktních. **(podle Jesenského 1995)**

Zdařilé integraci musí předcházet vytvoření řady určitých podmínek, protože kromě samotného dítěte a jeho rodiny musí být po všech stránkách připravena i škola.

Postiženému dítěti musí být škola dostupná. Vzniká tu tedy problém dopravy do školy, která nesmí být příliš vzdálená nebo dosažitelná s využitím bezbariérových dopravních prostředků.

Dopravu do školy umožňují také osobní asistenti. viz. dále

Důležitým faktorem je také *připravenost učitele*. Pouhá snaha a entuziasmus bez alespoň základního vzdělání v oboru speciální pedagogiky nestačí. Integrace musí být jeho svobodnou volbou, protože s sebou nese jiné a větší nároky na odborný i lidský přístup k nemocným i zdravým dětem.

Zásadní podmínkou je bezproblémové přijetí postiženého *spolužáky*.

Tomu musí odpovídat příprava kolektivu tak, aby se integrované dítě nestalo terčem verbálních a agresivních útoků ze strany spolužáků, aby nezůstalo izolováno, ani aby s ním bylo zacházeno soucitně a nestalo se kuriozitou třídy.

Zároveň mu však nesmí být věnována nadměrná pozornost tak, že na zbytek třídy zůstane učiteli pouze minimum času. Zdraví žáci musí chápat, proč tato situace nastala, co ji způsobilo, jak mohou pomoci.

S integrací musí souhlasit *rodiče* postiženého dítěte a musí si ji přát. Zařazení dítěte do běžné školy znamená automaticky vyšší nároky na spolupráci se školou, na speciální domácí přípravu a péči, na laskavost a pochopení nezdarů a selhání, které nastávají častěji než u zdravého dítěte.

Nezanedbatelné jsou také *architektonické bariéry* samotné školy a třídy, která má dítě s postižením přijmout. Důležité je zajištění pracovního místa ve třídě, je-li to nutné, speciálních pracovních pomůcek.

Integrace handicapovaného žáka musí být vnímána jako dvoustranný proces ovlivňování zdravých i handicapovaných. Je nebezpečné chápat ji jako „normalizování“ handicapu. Toto nebezpečí se týká opět přístupu všech – žáků i dospělých. Výsledkem by mohl být úplný opak.

V posledním období je místo integrace používán i termín *inkluze*. Řada odborníků používá termín inkluze, aby s jeho pomocí oddělila integraci ZdP od používání termínu integrace v jiných oborech a souvislostech. **(podle Jesenského 1998)**

Inkluze je jak cíl, tak metoda, jejíž pomocí vytvářejí učitelé ve třídě společenství, které si váží spolužáků s postižením a pomáhají jim, aby se cítili jistě a aby věděli, že ostatní přijímají je samé i jejich projevy.

I když se nepodařilo najít exaktní definici inkluze, její zastánci o ní mluví zpravidla v termínech jako „změna celého systému“, „vytvoření společenství, které je pružné a otevřené, váží si rozdílů“, „patřit do společenství“.

Inkluzivní třída tedy může být i tam, kde není žádné „integrované“ dítě. Je to třída, která by takové dítě dokázala bez velkých obtíží přijmout a poskytovat mu přiměřené vzdělávání. Jde o širší a obecnější pojem. **(podle Langa, Berberichové 1998)**

Jednu z nejúčinnějších pák, která rozhybala celou změnu vedoucí k inkluzi, měli v rukou přímo ti, jichž se to týkalo nejvíce. Dospělí lidé se speciálními potřebami se stali obhájci svých vlastních práv. Rodiče se začali zajímat o vzdělávání svých dětí a velké množství svépomocných skupin pomohlo k vytvoření povědomí veřejnosti o problému vzdělávání dětí se speciálními potřebami a k širšímu porozumění pro inkluzi. **(podle Langa, Berberichové 1998)**

Stupně pedagogické integrace:

1. Plná integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek.
2. Podmíněná integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek.
3. Snížená integrace vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, používání speciálních pomůcek.
4. Ohraničená integrace v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek a s výběrovým uplatňováním speciálních metod.
5. Vymezená integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu.
6. Redukovaná integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu.
7. Narušená integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů.

8. Segregovaná výchova a vzdělání v upravených podmínkách, s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů
9. Vysoce segregovaná výchova a vzdělání ve speciálně upraveném prostředí, s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů. **(podle Jesenského a kol. 1995)**

Principy pedagogické integrace:

Princip respektování potřeb integrovat se.

Princip respektování emancipace v integraci.

Princip partnerství zdravotně postižených a intaktních v integraci.

Princip dvousměrnosti procesu integrace.

Princip plurality možností integrace.

Princip odstupňování integračních výstupů.

Princip jednoty výchovy, vzdělávání a rehabilitačního působení v integraci.

(podle Jesenského a kol. 1995)

Výchova a vzdělávání člověka určitým způsobem znevýhodněného je závažnou oblastí pedagogické teorie a praxe, kterou se zabývá *speciální pedagogika*. Tu chápeme jako pedagogický obor, který sleduje komplexní rozvoj osobnosti dítěte s ohledem na jeho speciální výchovné a vzdělávací potřeby v oblasti fyzické, psychické a sociální. **(podle Novotné, Kremličkové 1997)**

4.4.4 LEGISLATIVA PRO INTEGRATIVNÍ VÝCHOVU, SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ

Legislativa pro integrativní výchovu a vzdělávání vychází z Ústavy České republiky a Úmluvy o právech dítěte. Vztahuje se opět k ranné podpoře, integraci do předškolních zařízení, základních a středních škol. Tvoří ji zákony ČNR a vyhlášky Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT). **(podle www.msmt.cz)**

Platí vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami § 5 řeší typy speciálních škol, §7 řeší asistenta pedagoga a §10 řeší počty žáku ve třídách.

Vyhláška MŠMT ČR č. 35/1992 Sb., o mateřských školách

§ 4, řeší zařazování postižených dětí do běžných mateřských škol a stanovuje nezbytné podmínky pro práci ve třídě s integrovaným zdravotně postiženým dítětem.

Vyhláška MŠMT ČR č. 291/1991 Sb., o základní škole, tato umožňuje integraci postižených dětí do tříd základní školy. Řediteli školy dává možnost zřídit i speciální třídy pro postižené žáky.

Vyhláška MŠMT ČR č. 354/1991 Sb., o střední škole vyjadřuje možnost integrace zdravotně postižených studentů. Ředitel školy může zřizovat speciální třídy pro smyslově nebo tělesně postižené žáky, může umožnit zdravotně postiženému nebo dlouhodobě nemocnému žáku přípravu a vykonání zkoušet v termínech, které ustanoví.

Speciální základní školy a speciální střední školy se zřizují pro žáky handicapované sluchově, zrakově a tělesně, pro žáky s handicapy řeči, pro žáky s více handicapy, s poruchami chování, pro žáky nemocné a oslabené, umístěné ve zdravotnických zařízeních. Speciální střední školy se člení na gymnázia, střední odborné školy a střední odborná učiliště. Vzdělávací obsah odpovídá běžným školám, je možné si zvolit z nabídky vzdělávacích programů. Učitelé používají speciálních metod a učebních pomůcek. Vzdělání získané v těchto školách je rovnocenné školám běžným. **(podle Novotné, Kremličkové 1997)**

Handicapovaní žáci se mohou vzdělávat podle výše uvedených vyhlášek následujícím způsobem:

1. V běžných školách (mateřských, základních, středních) integrovaně. Pro zařazení žáků do uvedených škol je nezbytné dodržet Metodický pokyn k integraci zdravotně postižených dětí a žáků do škol a školských zařízení MŠMT ČR, který je podle potřeby upřesňován.
2. Ve speciálních třídách běžných škol, které navštěvují handicapovaní žáci a kde probíhá částečná integrace, protože se podle možností sdružují s ostatními žáky.

3. Ve specializovaných třídách, které jsou určeny pro děti se specifickými vývojovými poruchami učení a chování. I v tomto případě se jedná o částečnou integraci.

4. Ve speciálních školách, které mají různá zaměření a odlišný obsah i charakter vzdělávání.

Soustava základních speciálních škol je tedy jedním z řešení vzdělávání postižených. Pro svůj mnohdy segregační charakter by se měla uchovávat především pro případy, které se jinak vzdělávat nemohou. Ze všech známých forem integrovaného vzdělávání zdravotně postižených je nejúčelnější podporovat tzv. kmenovou návštěvu vzdělávacích zařízení pro intaktní, popřípadě i tzv. obrácenou integraci. Tento typ by se měl stát řádnou součástí vzdělávací soustavy, specializované třídy při školách běžného typu uplatňovat u definovaných skupin postižení, podporovat je také nutno integrované formy mimoškolní výchovy, pro integrované vzdělávání. **(podle Jesenského 1995)**

Odborné učiliště - poskytuje odbornou přípravu absolventům zvláštních škol v učebních oborech s upravenými učebními plány. Příprava trvá dva až tři roky a je ukončena závěrečnou zkouškou.

Praktická škola - je od roku 1993 novým typem školy neprofesní, která je určena pro absolventy zvláštních škol, nejúspěšnější absolventy pomocných škol nebo pro žáky, kteří nedosáhli základního vzdělání z prospěchových, zdravotních či jiných závažných důvodů. Z těchto důvodů mohou také každý ročník opakovat. Délka studia je 1,2, nebo 3 roky a připravuje žáky na samostatný život. Ve víceleté docházce se připravují na výkon jednoduchých pracovních činností s individuální možností zaměstnání.

Speciálním způsobem je upravena i povinná školní docházka. Žákovi, který pro svůj zdravotní stav nemůže do školy docházet, se umožňuje osvobození od povinnosti docházet do školy. Školský úřad mu zajišťuje takovou formu vzdělávání, která mu umožní dosáhnout stejné vzdělání jako při školní docházce. Nejčastější formou je individuální vyučování žáka v domácím prostředí. Těžce zdravotně postiženého žáka může školský úřad na základě odborného posouzení a souhlasu zákonných zástupců osvobodit od povinné školní docházky, a to na dobu určitou. Zároveň stanoví formu vzdělávání, která odpovídá jeho psychickým a fyzickým možnostem.

Vedle škol existuje soustava dalších zařízení, které se zřizují na základě zákona ČNR č. 395/1991 Sb. O předškolních a školských zařízeních. Představuje soustavu takových zařízení, která buď doplňují, nebo nahrazují systém škol.

Rozvoj zájmů, rekreace a další zájmové studium nabízejí školní družiny a školní kuby, školy v přírodě, domy dětí a mládeže, jazykové školy a další. Handicapované děti tak mají možnost se plně začlenit do různých skupin. **(podle Novotné, Kremličkové 1997)**

4.4.5 SPECIÁLNÍ VÝCHOVNÉ A VZDĚLÁVACÍ, PORADENSKÉ A PODPŮRNÉ INSTITUCE

Poradenské instituce patří k tzv. školským účelovým zařízením. Patří k nim pedagogicko-psychologické poradny jako instituce, které provádějí diagnostickou, terapeutickou a poradenskou činnost v rámci školního poradenství pro děti, rodiče i učitele. Další institucí jsou speciálně pedagogická centra (dále SPC), která se zřizují při speciálních, zvláštních a pomocných školách a plní příbuzné úlohy jako pedagogicko-psychologické poradny, ovšem se zaměřením na specifické problémy handicapovaných dětí, jejich rodičů, sourozenců a učitelů. **(podle Novotné, Kremličkové 1997)**

Jedna z činností SPC je speciální diagnostika, která patří také do metodologie speciální pedagogiky.

Diagnostika klienta SPC zahrnuje osobní údaje klienta a jeho rodiny, zdravotní část a pedagogickou část.

(podle Svobodové 1997)

Všechny tyto instituce mohou být státní, církevní i soukromé s tím, že pokud mají být státem dotovány, jsou povinny předložit předepsané dokumenty a po schválení obdrží akreditaci ke své činnosti.

Podpůrné instituce (např. nadace a občanská sdružení a iniciativy) vznikají z iniciativy občanů, rodičů handicapovaných dětí, případně připojením k již existujícím institucím v zahraničí. Mají charakter v zásadě dobrovolných, neziskových iniciativ. **(podle Novotné, Kremličkové 1997)**

4.4.6 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM

Individuální vzdělávací program (dále IVP), přestože svým obsahem nekoresponduje s pojmem vzdělávací program, je v praxi natolik zažitý, že toto pojetí částečně převzalo i MŠMT a následně jej včlenilo do směrnice k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Dokumentu, který samostatně nestanovuje cíle a obsah výuky, ale soustředí se především na popis užitečných speciálních metod a forem, na personální, materiální a organizační zabezpečení vzdělávání žáka se speciálními potřebami. Tento typ individuálního vzdělávacího programu je užíván ve všech typech škol a školských zařízení. Ve školách je hojně využíván pro žáky se specifickými poruchami učení, v individuálních případech pro integrované žáky se smyslovým či tělesným postižením. Tyto dokumenty jsou zpravidla zpracovávány ve spolupráci s odbornými pracovišti nebo přímo pracovníky odborných pracovišť a obsahují i závěry odborných vyšetření a osobní údaje žáků. Výuka podle tohoto dokumentu respektuje schválený vzdělávací program.

(podle Kaprálka, Běleckého 2004)

Vypracování vhodného IVP je závislé na:

- porozumění silným stránkám a potřebám dítěte,
- porozumění pro očekávání jeho rodičů,
- jasných a správných informací v materiálech dítěte nebo dostupných z jiných zdrojů,
- vhodném materiálním vybavení a technickém uspořádání školy,
- personální situaci školy,
- akčním výzkumu, který umožní učitelům stále sledovat aktuální situaci a kontrolovat dosahování cílů.

Učitel má naději, že výsledkem užívání IVP bude:

- explicitní vyjádření a seřazení priorit při péči o dítě a plán, jak jeho specifické potřeby budou naplňovány,
- vytvoření programu činností zaměřeného přesně na konkrétní dítě,
- zohlednění učebního stylu dítěte,
- vybudování užších a profesionálnějších vztahů mezi všemi, kdo ovlivňují vzdělávání dítěte,
- formulování dosažitelných vzdělávacích cílů a konkrétních učebních úkolů, zaměřených na rozvoj osobnosti dítěte. **(podle Langa, Berberichové 1998)**

Pracujeme-li na IVP, můžeme rozlišit dlouhodobé a krátkodobé cíle. Krátkodobé cíle (úkoly) se mohou objevit zcela nečekaně jako výsledek změněných podmínek nebo schopností a dovedností žáka. Dlouhodobější cíle je vhodné rovněž rozčlenit na dosažitelné a kontrolovatelné krátkodobé úkoly.

IVP není nikdy hotový, stejně jako vlastně nikdy nezačíná, protože se stále plánují nové věci ve světle dosud získaných informací, pozorování a zpětné vazby. (podle Langa, Berrberichové 1998)

4.4.7 ASISTENT PEDAGOGA, OSOBNÍ ASISTENT V PROCESU INTEGRACE

Charakter speciálních potřeb integrovaného žáka může vyžadovat natolik individuální přístup, že neumožňuje vyučujícímu věnovat se v potřebné míře žákovi i ostatním dětem ve třídě.

V těchto situacích je ve třídě nutná přítomnost další osoby – asistenta.

V rámci pedagogické integrace dětí nelze tedy opominout možnost asistenta pedagoga a osobní asistence, kteří k integraci zdravotně postižených napomáhají. V současné době je velmi často diskutován rozdíl mezi asistentem pedagoga a asistentem osobním.

Asistent pedagoga

Jeho pracovní náplní je zprostředkovávat výchovnou a vzdělávací činnost dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, v případě potřeby pomáhat dětem s těžším zdravotním postižením se sebeobslouhou v době vyučování, na základě pokynů pedagogického pracovníka. Je zařazen do Katalogu prací (NV č. 469/2002 Sb.)

Předpoklady pro výkon jeho činnosti jsou v návrhu zákona o pedagogických pracovnících (§ 20)

Ve vládním návrhu nového školského zákona není nárok na asistenta pedagoga deklaratorní a akreditované vzdělávací kurzy pořádají pedagogická centra a nestátní neziskové organizace.

Zodpovědnost za školní vzdělávání integrovaného žáka nese třídní učitel a další vyučující.

Asistent pracuje podle pokynů učitele a nestává se učitelem integrovaného žáka. Pro dobrou spolupráci mezi učitelem a třídním asistentem je důležitá vzájemná informovanost a vymezení kompetencí. Pro vzájemnou informovanost a vedení třídního asistenta jsou důležité pravidelné schůzky učitele a asistenta. Na těchto schůzkách dojde k výměně informací o práci

integrovaného žáka a asistent získá od učitele instrukce pro svou práci, a to jak s integrovaným žákem, tak ostatními dětmi ve třídě. Na učiteli vždy zůstává zadávání a kontrola domácích úkolů, zadávání a hodnocení školní práce, zapisování známek do žákovské knížky, pozitivní i negativní hodnocení chování integrovaného žáka.

Asistenti, nejsou-li přímo zaměstnanci školy, musí mít alespoň středoškolské vzdělání.

Z praxe vyplývá, že není podmínkou, aby měli vzdělání pedagogického směru, i když to bývá výhodou. Při pečlivém výběru se rovněž osvědčilo využívání občanů, vykonávajících civilní službu.

Dalšími kritérii při výběru asistentů jsou jejich schopnosti práce s dětmi, empatie, tvořivost při práci s dětmi, dovednost komunikovat s učitelem, s rodinou i s ostatními žáky, trpělivost a ochota se učit novým věcem.

Osobní asistent

Jeho pracovní náplní v souvislosti s účastí dětí se speciálními vzdělávacími potřebami ve vyučovacím procesu je doprovod dítěte do školy nebo školského zařízení před počátkem vyučování a jeho vyzvednutí ze školy nebo školského zařízení po skončení vyučování včetně dalších podpůrných činností nasmlouvaných zákonnými zástupci žáka.

Osobní asistenci podle Katalogu prací (NV č. 469/2002 Sb.) provádí pracovník sociální péče, je to druh sociální služby v návrhu zákona o sociálních službách. Osobní asistenci poskytují nestátní neziskové subjekty, kterým je Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) poskytována dotace na provoz. Akreditované vzdělávací kurzy pořádají nestátní neziskové organizace.

Asistence během školního procesu spadá do kompetencí MŠMT, za asistenci mimo budovu školy odpovídá resort MPSV.

Asistent pedagoga vykonává činnosti, které dětem se speciálními vzdělávacími potřebami umožňují účastnit se vzdělávacího procesu ve škole nebo školském zařízení. V případě zvýšené potřeby zajištění sebeobslužných a doprovodných činností během školní docházky těchto dětí, je na zvážení ředitele školy, zda bude situaci řešit pomocí osobního asistenta. Ředitel školy může uzavřít s nestátní neziskovou organizací smlouvu poskytování sociální služby osobní asistence.

Zápis je výchozím stanoviskem obou resortů pro zpracovávání dalších opatření. (podle www.mpsv.cz)

4.4.8 INTEGRACE DÍTĚTE S DMO MEZI VRSTEVNÍKY

Většina nemocných dětí s DMO bez těžšího mentálního postižení se může plně integrovat do kolektivů svých vrstevníků, může navštěvovat MŠ i „normální školu“. Při hře s vrstevníky, jakož i při školní výuce dětí získává spoustu podnětů potřebných pro jeho zdravý fyzický a duševní rozvoj. Učí se poskytovat v kolektivu a prosazovat se mezi ostatními. Tyto zkušenosti nemocnému dítěti pomohou později v jeho každodenním životě, zejména však při přípravě na budoucí povolání a život ve společnosti.

Dítě s DMO vyžaduje přeci jen zvláštní přístup přizpůsobený jeho pohybovým dovednostem a schopnostem. Při výchově postiženého dítěte v kolektivu zdravých vrstevníků by mělo být pravidlem zdůrazňovat čím se nemocné dítě svým vrstevníkům vyrovná, či v čem je dokonce předčí a naopak nezdůrazňovat jeho omezení a neschopnosti nemocnému dítěti je třeba vhodným a šetrným způsobem pomáhat překonávat jeho handicap ale vyhnout se při tom jakýmkoliv projevům soucitu nebo lítosti. Dítě by mělo limity svých možností poznávat postupně samo tím, že si je vyzkouší, nikoliv, že na ně bude svými vychovateli ať již rodiči či pedagogy „preventivně“ upozorňováno. Učitele je potřeba informovat o případných poruchách chování, které se mohou vyskytovat, nejen u dětí s DMO a přidruženými poruchami. Jedině když učitel zná veškerá specifika dítěte, může jej vést správným směrem. U některých dětí může hrát velmi významnou roli osobní asistent, který mnohdy umožní integrovat i velmi těžce handicapované nemocné. (podle www.neurocentrum.cz)

Ze školského hlediska je často jediným důvodem pro nezařazení žáka s DMO do tzv. normální školy pouze technická náročnost a požadavek na rehabilitační pomůcky a péči. Do obrazu DMO nespadá nutně poškození duševních funkcí, i když se zvláště k závažnějším postižením přiřazuje. Jedním z řešení pro závažněji tělesně postižené žáky jsou speciálně výchovně vzdělávací instituce často internátního typu (např. Jedličkův ústav v Praze). (podle Novotné, Kremličkové 1997)

Pro handicapované dítě je nejvýznamnější fakt, že chodí do „normální“ školy spolu se svými vrstevníky v místě bydliště. Zůstává tak ve svém rodinném prostředí, se sourozenci, nemusí bydlet samo na internátu, není přerušen kontakt s rodinou, která se na integraci aktivně podílí. Odpadá i problém s dopravou do vzdálené speciální školy.

Ve třídách je vytvořeno přirozené sociální prostředí. Handicapované děti se v komunikaci s dětmi zdravými naučí snadněji sdělovat a také přijímat příjemné i nepříjemné věci.

Včasným zařazením mezi zdravé děti se dítě postižené se svým handicapem dříve a snadněji vyrovná a tak mohou snadněji dosáhnout zvýšení vlastního sebehodnocení a pocitu vlastní cesty.

Také pro zdravé, nepostižené děti je přítomnost postiženého spolužáka novou zkušeností.

Tato zkušenost s sebou přináší zejména nové sociální vztahy a nová pravidla vnitřního života ve třídě, které podporují vzájemnou toleranci, ochranu slabšího, pomoc druhému. Postižené děti přinášejí do vzájemných vztahů čistotu, bezelstnost, upřímnost. Ale ani vztah k nim nelze předstírat.

Atmosféra pomoci a spolupráce postupně vytlačuje násilí, hrubost a agresi. Snadněji se projevují a získávají na ceně vlastnosti člověka, pro které by nebylo místo v kolektivu.

Mění se pořadí v hodnotovém systému dětí ve prospěch zdraví, přátelství, radosti před hmotnými požitky a povrchními představami o životě.

Soužití s postiženými naučí děti správně vnímat problémy a úspěchy. Většina problémů, se kterými se zdravé dítě ve svém životě setkává, má jen přechodný charakter. Teprve při srovnání sebe s postiženým dítětem si uvědomí, že jde často o problémy malicherné a zanedbatelné.

Postižení bývají příkladem svou vytrvalostí a houževnatostí. Úkony, které jsou pro zdravé dítě běžné, mohou být pro postiženého spolužáka velkým problémem, něčím, čemu se dlouho a namáhavě učí. Každá drobnost, každý pokrok, zvládnutý návyk, splněný úkol pak v běžném životě může přinášet radost a trpělivost čekat na další.

Třída by měla být společenstvím dětí a učitele, které poskytuje každému dítěti pocit pohody, bezpečí, prostředí, podpory a pomoci druhému. Vliv těchto kladných prožitků a přístupů k dětem bude mít rozhodující vliv na tvorbu jejich názorů, postojů a jednání v jejich budoucím životě. Pro školu se přijetí postiženého dítěte a jeho podpora stává i věcí morální a společenské prestiže.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

1.1 JEDLIČKŮV ÚSTAV A ERGOTERAPIE

Jedličkův ústav byl v Praze založen v roce 1913. Od roku 1992 je zřizovatelem Jedličkova ústavu hlavní město Praha a ústav dostal nové jméno Jedličkův ústav a školy (dále JÚŠ).

V dnešní době poskytuje komplexní výchovně vzdělávací a rehabilitační péči dětem a mládeži s tělesným postižením a filozofií ústavu je připravit mládež s tělesným postižením do života jako samotné jedince, integrované do společenského prostředí.

Do komplexních služeb JÚŠ patří pedagogická a zdravotnická péče a také sociální péče.

Pedagogická péče JÚŠ

JÚŠ poskytuje základní, střední odborné, úplné střední a úplné střední odborné vzdělání svým klientům. Ve třídách je maximálně 10 žáků a minimálně 4 žáci jsou nutní k otevření ročníku.

Existuje také možnost přípravného ročníku pro děti s odkladem školní docházky.

Ve speciální základní škole se pro žáky stanovuje individuální vzdělávací program, někdy také se spoluúčastí osobního asistenta.

Ve zvláštní škole využívají žáci se specifickými vzdělávacími potřebami individuální přístup učitele a osobních asistentů. Organizace výuky a ostatních aktivit je podobná jako v základní škole

Součástí JÚŠ je také speciálně pedagogické centrum (dále SPC) pro děti s tělesným postižením, které vzniklo 1.1. 1995 sloučením sociálně psychologického oddělení a speciálně pedagogického centra JÚŠ. Jednoznačným cílem tohoto spojení je zkvalitnění těchto služeb v každodenní péči o své klienty, ovšem péče je zaměřena také na ambulantní klientelu. Jejich zásada je, že každý rodič, žádající o umístění dítěte ve škole Jedličkova ústavu by měl dostat nabídku podpory při začleňování dítěte do běžného školního prostředí. Spolupracují také při integraci žáků základní školy Jedličkova ústavu do základních škol v místě bydliště, či v navazující péči v případě opuštění Jedličkova ústavu po absolvování školy.

Regionem působnosti SPC je především hlavní město Praha a okolí. V regionu spolupracují pedagogicko-psychologickými poradnami a nevládními organizacemi. Ambulantní péče SPC působí na bázi diagnostické, terapeutické, reedukační a poradenské. Poskytuje poradenské služby dětem s tělesným, nebo s kombinovaným postižením, jejich rodičům a učitelům a to zejména v oblasti podpory rodiny a školy a ve vytváření individuálních plánů rozvoje dítěte. Poskytuje rady pro vyhledávání vhodného typu školy, pomáhá se začleňováním dítěte a

s adaptací dítěte běžném školním prostředí. SPC také radí s výběrem vhodných reedukačních a kompenzačních pomůcek, provádí diagnostické a posudkové činnosti, poradenství aj.

Kromě pedagogické péče JÚŠ věnuje péči také oblasti zdravotnické, která zahrnuje lékařskou ambulanci, péči neurologa, rehabilitačního lékaře a psychiatra. Zdravotnická péče v sobě zahrnuje také péči logopedickou, respitní, ale hlavně léčebnou rehabilitaci.

Léčebná rehabilitace poskytuje komplexní rehabilitační péči klientům JÚŠ a pracuje na základě moderně pojímané rehabilitace jako uceleného procesu s důrazem na integraci osob se zdravotním postižením. Velký důraz klade také na spolupráci s rodinou.

Do oblasti léčebné rehabilitace se řadí obor fyzioterapie, která klientům a žákům JÚŠ zajišťuje celoročně individuální léčebnou rehabilitaci s využitím všech známých metodik cvičení, která ovlivňují tělesné postižení. Ke své práci využívají fyzioterapeuti moderně vybavenou vodoléčbu a elektroléčbu. Součástí této rehabilitační péče je také hipoterapie, kterou zajišťují vyškolení pracovníci.

Ergoterapie je dalším oborem, který spadá do léčebné rehabilitace. V JÚŠ se věnuje aktivní pomoci dětem a mládeži se zdravotním postižením, s cílem, aby byli co nejvíce soběstační, samostatní a nezávislí na okolním prostředí. Na ergoterapii dochází pravidelně všechny třídy 1. stupně a všechny speciální třídy JÚŠ. Individuálně probíhá u dětí 2. stupně a konzultačně u studentů středních škol. Plnoletí studenti mají možnost vyzkoušet si během tří týdnů samostatné bydlení a osobní nezávislost ve cvičném bytě.

V současné době se pracoviště ergoterapie nachází v nově vybudovaném bezbariérovém komplexu. Toto pracoviště je kompletně vybaveno učebnami, hernami, ale také moderní nácvikovou toaletou, koupelnou, kuchyní, kde mohou děti a studenti nacvičovat činnosti běžného života. Starší studenti zde mají k dispozici tzv. cvičné byty. Výuka u starších dětí může v odpoledních hodinách probíhat také v keramické, košíkářské, textilní a truhlářské dílně. Činnosti v těchto dílnách pomáhají procvičovat klouby horní končetiny (dále HK), jemnou motoriku rukou, cílené pohyby, úchop a také umožňují dětem, seznámit se s různými materiály. Tyto terapie jsou vhodné zejména u centrálních poruch hybnosti.

Oblasti, na které se ergoterapie v JÚŠ zaměřuje:

- 1) Nácvik soběstačnosti a samostatnosti klienta
- 2) Hodnocení funkčního stavu horní končetiny
- 3) Nácvik úchopů a grafomotoriky
- 4) Nácvik jemné a hrubé motoriky

- 5) Hodnocení předpracovních dovedností podle modelových situací
- 6) Návrh úprav pracovního prostředí v souladu s ergonomickými principy
- 7) Adaptace domácího prostředí
- 8) Nácvik kognitivních funkcí a komunikačních dovedností
- 9) Návrh kompenzačních a technických pomůcek, nácvik jejich používání
- 10) Poskytování poradenství

Hodiny ergoterapie jsou do rozvrhu dětí zařazeny jednou týdně. Každé pololetí se sestavuje ergoterapeutický program ve spolupráci ergoterapeutů a zástupce ředitele školy. Vždy po skončení pololetí je ergoterapeutem, který žáka učí, proveden záznam hodnocení do ambulantní karty. V hodnocení také popisují pokroky, zlepšení v konkrétních činnostech a používání kompenzačních a didaktických pomůcek. Ergoterapeuti spolupracují také s rodiči žáků, poskytují jim informace o průběhu práce s jejich dětmi a zároveň jim nabízí odbornou poradenskou činnost. Jsou to kvalifikovaní odborníci s vyšším zdravotnickým vzděláním a s vysokoškolským vzděláním v oboru pracovní výchova s dosaženými tituly DiS., Bc.

Ergoterapeuti využívají osvědčených testovacích metod. Jejich výsledky následně zapisují do školních záznamů dětí, vždy začátkem nového školního roku. Je to ergoterapeutické testování, které jsem již popisovala v teoretické části diplomové práce. Nejčastěji se v JÚŠ používají testy dle Barthelové, u starších dětí se může provádět test dle Jacobsové, dále test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE) a vyšetření ruky.

Celý systém vzdělávání v JÚŠ probíhá úspěšně zejména pro svoji úzkou mezioborovou spolupráci mezi lékařem, psychologem, logopedem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem a speciálním pedagogem. Proto pracovní výchova v JÚŠ není zaměřená pouze na nácvik soběstačnosti, ale také na rozvoj kognitivních funkcí, smyslového vnímání, jemné a hrubé motoriky.

Ke zkvalitnění výuky patří bezesporu také odpovídající vybavení učeben a prostor školy.

Školní nábytek, speciálně upravené židle, stolky, lehátka i učitelský stůl není v současné době těžké sehnat a jeho výběr závisí na druhu a stupni tělesného postižení. Ve škole je důležité, aby se dal stolek snadno přemístit, aby bylo možné manipulovat s židlí a různě ji upravovat. Někdy sedí žák u stolku přímo na vozíku.

V JÚŠ zvolili především stavebnicový nábytek pro žáky s tělesným postižením se zaoblenými hranami, sklápěcí a výškově nastavitelné dětské stoly, dětské židličky s područkami, dětský

nábytek se židlemi, která mají ergonomicky tvarovaná sedátka i opěradla, stavitelné stolky se stavitelnými židlemi. Tento nábytek je také doplněn šikmými pracovními plochami pro psaní a čtení. Několik tříd je také vybaveno lehátky, někde lehátka suplují žíněnky, umístěné v zadní části třídy, nebo povlečený molitan, které slouží dětem ke sledování některých předmětů v leže. K zajištění péče o žáky s tělesným postižením patří také přístup na WC a do koupelny. Vchody jsou rozšířené, bez prahů, toalety jsou vybaveny pomocnými madly, tyčemi, úchyty, které usnadňují obsluhu přímo na WC.

1.2 KAZUISTIKA

Kazuistiku jsem zpracovávala ze zapůjčené dokumentace. Zejména ze záznamů ergoterapeutů a speciálních pedagogů. Použila jsem rovněž metodu vlastního pozorování.

Závěrečné zhodnocení výsledků pozorování jsem zpracovala do tabulky, viz. dále.

Výsledky pozorování jsou zpracovány po konzultaci s ergoterapeutem.

5.2.1 CHARAKTERISTIKA ŽÁKA

V roce 2005 jsem pracovala s devítiletým chlapcem D.M. (narozen 12.2.1996) s diagnózou DMO, který navštěvoval 2. třídu základní školy JÚŠ.

V současné době navštěvuje 4. třídu základní školy JÚŠ a na hodiny ergoterapie dochází jednou týdně. Program ergoterapie u D.M. je zaměřen na nácvik ADL, jemné a hrubé motoriky, formou individuální a skupinové ergoterapie. Dále na nácvik kognitivních funkcí a na činnosti denní potřeby jako jsou nakupování a vaření. V rámci hodin ergoterapie dochází D.M. také do textilní a truhlářské dílny, ale tyto hodiny jsem neměla možnost navštívit. Obě kazuistiky D.M. jsem zpracovávala se souhlasem rodičů a vedení JÚŠ a navštívila jsem tak několik hodin ergoterapie.

Osobní anamnéza

Nejasný termín porodu (32. týden), zkalená plodová voda, poporodní krvácení do mozečku, kvadruspastická forma DMO, s levostrannou lateralizací, tedy se zvýšenou spasticitou na levé straně. Postižení je výraznější na dolních končetinách (dále DK), flekční

kontrakturní v kolenním a kyčelním kloubu – operován. Nevvinutá jádra kyčlí - plastika acetabula, opakované hospitalizace na neurologických klinikách a lázeňské terapie. Po operaci strabismu (šilhavost), amblyopie (tupostrakost)- v péči Centra zrakových vad, brýle a okluzor pro korekci oční vady. Rehabilitace – nejdříve rehabilitace s matkou, která byla poučena, ale rehabilitaci nedodržovala. Od června 1997 v péči fyzioterapeuta cvičí reflexní cvičení. Po plastikách acetabula navštívil dvakrát léčebnu Luže-Košumberk, dále dětskou léčebnu pohybových poruch Boskovice, opakovaně byl v lázních. Od září 2003 nastoupil do Jedličkova ústavu.

Rodinná situace

- Otec pracuje jako elektromontér, matka v domácnosti. Rodiče zdraví. Sourozenci - sestra (ročník 1995), zdráva, bratr (ročník 2004), zdrav. V roce 2000-2003 rodinné problémy, na vlastní žádost rodičů byly děti umístěny do dětského domova (matka děti nenavštěvovala). V roce 2003 byly obě děti po dobu jednoho měsíce na respitním pobytu v JÚŠ. Po vyřešení rodinné situace a situace bydlení, jsou děti v péči rodičů.

5.2.2 AKTUÁLNÍ STAV VÝKONU V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH

Motorický vývoj D.M. byl opožděn již od narození. Plazení u něj nastalo až ve dvou letech, po čtyřech začal lézt od tří let. Samostatného stoje a sedu ale není schopen. V hodinách fyzioterapie cvičí Vojtovu metodu, provádí různá balanční cvičení a také vertikalizaci na trakčním stole, která obnáší nácvik stoje na trakčním stole s účelem zapojit svaly, posilovat dolní končetiny a svalstvo trupu, především pro prevenci osteoporózy a svalových kontraktur. Během těchto hodin nacvičují zejména polohu ve vzporu klečmo a také se využívá různých rehabilitačních pomůcek, jako např. gymballu, overballu a jiných míčů a míčků různých typů a velikostí, které přispívají ke zlepšení svalové koordinace a k celkové obratnosti. Pravidelně dochází na cvičení v krytém bazénu, do perličkové lázně, na vodoléčbu, na masáže šíje a zad a na parafinové zábaly. Od března 2005 začíná docházet jednou týdně na hipoterapii. V hodinách fyzioterapie spolupracuje.

Po psychologické stránce je u D.M. dobrá perspektiva mentální úrovně. Je emočně stabilní, radostný a motivován. Nyní však prožívá období výkyvů nálad. Zájem a spolupráci střídá s trucováním, odmítáním spolupracovat, urážlivostí až plačtivostí. Vše je zřejmá dle jeho

snahou být středem pozornosti doma i ve škole. Vzhledem k jeho rodinné situaci (mladší sourozenec), se pozornost rodičů přesunula na péči o mladšího sourozence. Ve škole je rád, když se vyučující věnuje pouze jemu. Tato situace byla řešena i rozhovorem s rodiči.

Rozumové schopnosti má na úrovni nižšího průměru. Psychologická vyšetření mají za cíl vyšetřit i lateralitu D.M. Určení lateralit ruky a oka je ovšem obtížné. U oka nelze lateralitu objektivně určit a u ruky se jedná o méně vyhraněnou levostrannost.

Vývoj řeči byl také opožděn. Slabiky říkal od 1 roku, slova od 1,5 roku a jednoduché věty až od 2 let. Dnes používá víceslovné věty, jeho řeč je srozumitelná s přiměřenou slovní zásobou, pouze s lehce neobratnou výslovností L, R, Ř.

D.M. je stále v péči logopeda, jehož terapie je zaměřena na orofaciální motoriku, artikulaci, správné postavení jazyka a také na dechová a fonační cvičení. Rozvíjí jeho slovní zásobu, soustředí se na slovní pohotovost, zrakovou a sluchovou percepci. Pro vadu zraku D.M. jsou pro cvičení použity texty zvětšené, slova izolovaná, s rozestupy mezi písmeny a také sytě barevné pomůcky. D.M. čte pomocí záložky a okénka.

Rok 2004/2005

Na školní výkon se D.M. při vhodné motivaci soustředí přiměřeně dlouhou dobu. Má problémy s rozlišováním tvarově podobných písmen. Psací náčiní drží lépe v pravé ruce, s dopomocí a se slovním doprovodem zkouší psát tvary písmen a číslic. V matematice vážně přepočítávání počtu prvků, též ukazování na prstech. S menšími problémy sčítá a odčítá v oboru čísel do 5 i z paměti. V prvouce je zvědavý, hodně si pamatuje. Občas si vymýšlí.

Příklady konkrétních úkolů IVP na školní rok 2004/2005

Čtení – čtení s porozuměním

Psaní – uvolňovací cviky, rytmus, orientace na stránce, respektování ztížené koordinace grafického projevu, správné držení těla

Matematika – počítání na prstech, respektování snadné unavitelnosti žáka, zvláště v geometrii tolerovat velkou rýsovací nepřesnost způsobenou motorickou neobratností v jemné motorice.

Ostatní předměty – pracovní a výtvarná výchova – důraz na samostatnost, sebeobsluhu a cílené pohyby. Zařazení práce s nůžkami a s papírem do hodin ergoterapie – motivace, vytváření výrobků, skupinové výtvary.

Rok 2006/2007

Na školní výkon se D.M. při vhodné motivaci soustředí přiměřeně dlouhou dobu. Je zvědavý, dychtí po zajímavých informacích, ale v poslední době je stále méně ochotný vynaložit větší úsilí pro osvojení nových vědomostí. Často odmítá spolupracovat dokonce i v předmětech, ve kterých nemá problémy. Nesplní-li se všechny jeho představy a očekávání, uráží se a je plačtivý. Pro dlouhodobou absenci ve škole v první polovině školního roku, je realizace navržených řešení po konzultaci týmu odborníků z JÚŠ a s rodiči, v počátcích. D.M si odvykl od každodenních povinností a nerad si zvyká na povinnosti spojené se školou. V matematice pracuje podle individuálního vzdělávacího programu, sčítá a odčítá do 10 s nejistotou v některých příkladech. Od toho se odvíjí neúspěšnost ve sčítání a odčítání do 100. Nacvičuje násobilku. Některé příklady řeší z paměti, jiné s pomocí tabulky násobení a dělení.

V českém jazyce ovládá velmi dobře mluvnické učivo, výborně aplikuje znalosti o vyjmenovaných slovech, časuje slovesa, s nejistotou však skloňuje a určuje pády. D.M velmi rád čte, s větší chutí se čtecím okénkem a s dopomocí. S občasnými chybami píše na počítači. Přírodověda ho zajímá, rád bádá, zkoumá a dělá pokusy. Nerad se ale učí, proto si některé učiva osvojil jen částečně. Zeměpisné učivo vlastivědy ho nebaví, naopak má zájem o dějepisné učivo vlastivědy. V dílnách pracuje s chutí a úspěšně.

Příklady konkrétních úkolů IVP na školní rok 2006/2007

Čtení – čtení s porozuměním

Psaní - uvolňovací cviky, nácvik podpisu, grafická cvičení, respektování zhoršené koordinace grafického projevu. Zahrnout do výuky v hodinách ergoterapie – nácvik správného úchopu psacího náčiní, uvolňovací cvičení, rytmus – tleskání, plácání, říkanky a písničky.

Matematika – nácvik násobilky, sčítání a odčítání do 10, do 100, dělení, používání tabulky

Ostatní předměty – důraz na samostatnost a sebeobsluhu v ostatních předmětech, např. samostatné práce v dílnách, v hodinách vlastivědy, přírodovědy. Vytrvalost k nácviku pozornosti, paměti a myšlení.

5.2.3 POPIS METODIKY SLEDOVÁNÍ

Průběh hodin ergoterapie u D.M. s diagnózou DMO jsem sledovala v termínech 20.9. 2004, 27.9. 2004, 10.1. 2005, 24.1. 2005, 21.2.2005, 21.3. 2005.

A pro diplomovou práci v termínech 3.1. 2007, 21.2.2007, 7.3. 2007, 28.3. 2007, 23.5.2007, 6.6.2007.

Náplň činností pro konkrétní hodiny jsem měla možnost dopředu prostudovat. K dispozici jsem měla ergoterapeutický program, který stanovuje konkrétní činnosti k procvičení v průběhu hodin ergoterapie, vždy na celé školní pololetí.

V průběhu těchto konzultací jsem sledovala nácvik ADL, individuální ergoterapii, nácvik jemné a hrubé motoriky, nácvik kognitivních funkcí a také skupinovou ergoterapii v kolektivu spolužáků 2. ročníku a 4. ročníku ZŠ. Ergoterapeuti využívali mnoho odborných a speciálních pomůcek, ale také běžných dětských her a hraček k rozvoji těchto funkcí. Pomůcky a hračky pocházejí z firem Meyra, Thomashilfen, Benjamín a Ikea a pro potřeby diplomové práce jsem je rozdělila do čtyř skupin.

1. Pomůcky didaktické, které se používají bezprostředně při vyučování a slouží k osvojení vědomostí.
2. Pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností. Tyto pomůcky rozvíjí cílený pohyb horní končetiny a ruky, prostorovou orientaci, koordinaci pohybu a mohou sloužit zároveň jako pomůcky k poznání barev a tvarů, k pochopení vizuální odlišnosti jednotlivých dílů. Pomůcky pro rozvoj vnímání zraku, sluchu, hmatu a čichu
3. Pomůcky pro rozvoj kognitivních funkcí
4. Pomůcky pro sebeobsluhu

Ergoterapeuti z JÚŠ mají nejlepší zkušenosti se speciálními učebními pomůckami zejména ze dřeva a s dřevěnými hračkami.

5.2.4 POPIS PRŮBĚHU SLEDOVÁNÍ I.

1. Hodina ergoterapie, dne 20.9.2004

Ergoterapeut s D.M. nacvičoval ADL činnosti. Jízdu na vozíku, otevírání a zavírání dveří, zajištění s vozíkem ke stolu a k lůžku. Nacvičoval postup přesezení z vozíku na lůžko. Bezpečné zabrzdění vozíku, odepínání suchého zipu na břišním pásu a pásek na nohou,

postavení se na zem s dopomocí a s dopomocí dát nohu na lůžko. Nacvičoval také zpětný postup z lůžka na vozík, položení nohou na zem, opření se o vozík a zapínání břišního pásu a pásek na nohou.

K dalším činnostem, které nacvičoval během této hodiny byly činnosti při jídle. Z modelíny vytvářel rukama jídlo podle své fantazie (párek, brambory aj.). K dispozici měl talíř se zvýšeným okrajem a protiskluzovou podložku, vidličku a nůž. Nacvičoval správný úchop vidličky a nože, krájení a napichování.

Na vozíku nacvičoval také oblékání. Navlékal a svlékal svetr přes hlavu a přes ruce, učil se skládat svetr do skříně.

K rozvoji sebeobsluhy a jemné motoriky rukou, k nácviku zapínání a rozepínání knoflíků, zavazování tkaniček a zapínání pásek, zkoušel D.M. tyto činnosti na hadrovém panákově, který k těmto účelům v ergoterapeutické učebně slouží. Viz. příloha

2. Hodina ergoterapie, dne 27.9. 2004

Ergoterapeut s D.M. nacvičoval sebeobsluhu na tzv. manipulačním panelu. Nastavitelná deska se přizpůsobila výšce klienta sedícího na vozíku. Tento manipulační panel (Viz. příloha) umožňoval dětem naučit se manipulovat s předměty a setkat se s činnostmi, takřka každodenními. Panel byl vybaven vypínačem, který D.M. zkoušel zapínat a vypínat, zvonkem, který zkoušel stisknout, telefonem k nácviku vymačkání a vytáčení telefonního čísla, kolíčky na otáčivém kruhu k nácviku manipulace s nimi, vodovodním kohoutkem, kterým se snažil otáčet, dopisní schránkou, která sloužila k nácviku vhažování dopisů. Učil se manipulovat s klíči a klikou, se zástrčkou, s toaletním papírem, s visacím zámkem a také s rozprašovačem.

3. Hodina ergoterapie, dne 10.1.2005

Ergoterapeut měl na programu nacvičovat s D.M. jemnou a hrubou motoriku. V rámci tohoto úkolu ergoterapeuti s dětmi také nacvičují grafomotoriku. Tentokrát nacvičovali s D.M. úchop tužky a pastelky. Kreslil podle svých představ - krátké a dlouhé paprsky sluníčka, déšť, osmičku, také zkoušel psát písmena svého jména, spojoval jednotlivé body, od sebe různě vzdálených, připomínající skoky žáby aj. Během této hodiny trénovali také stříhání nůžkami a vystřihování. Viz. příloha

Tato hodina byla zaměřena na nácvik kognitivních funkcí (paměť, myšlení, orientace). K nácviku kognitivních funkcí používali pomůcky převážně ze dřeva. Jednou z nich byla hra, složená z několika dřevěným destiček s kreslenými motivy ročních období a s příběhy.. měl D.M. měl za úkol chronologicky seřadit příběh z jednotlivých destiček a zkusit ho vyprávět. Procvičoval tím také logické myšlení. Vyjmenoval po sobě jdoucí roční období a ke každému ročnímu období řekl nějakou charakteristiku, to co ho napadlo. Další pomůckou pro rozvoj myšlení, představivosti, ale také řeči byla dřevěná hra „housing project“. Tato hra obsahovala velké dřevěné karty s motivy jednotlivých místností v bytě a malé dřevěné kartičky s věcmi, předměty, které logicky přiřazoval do jednotlivých místností.

Tato hodina ergoterapie byla zaměřena na rozvoj smyslového vnímání a senzorických funkcí. Pro rozvoj vnímání hmatu, sluchu, čichu a zraku. Pro hmat sloužila hra na hlazení. Jednalo se o dřevěné lišty s různým povrchem. (Viz. příloha) Povrch tvořily hrubá látka, sirky, alobal, plyš, hrubý papír, kůže, dřevo a hrubé krátké štětičky. Hra spočívala v tom, že ergoterapeut zavázal D.M. oči a pouze hmatem, bez zrakové kontroly, se snažil poznat a najít druh povrchu. Popisoval zároveň svoje pocity, zda je mu dotyk na konkrétní materiál příjemný, nebo nepříjemný. Hra podporovala u D.M. schopnost vnímání hmatem a dotykem. Hmatem tak objevoval různé struktury povrchu a porovnával povrchy tvrdé – měkké, příjemné – nepříjemné, drsné – hladké. Zároveň je tato hra určena k procvičení kognitivních funkcí, zejména pak paměti, schopnosti přemýšlet, také k procvičení vyjadřovacích schopností a k poznávání vlastních emocí.

K rozvoji hmatu posloužila také jednoduchá pomůcka. Košík s mnoha různými látkami a materiály, které se snažil D.M. poznat pouze hmatem, opět bez kontroly zraku. V košíku byly materiály jako např. kůže, samet, hrubá krajka, vlna, dřevo, sklenice, polystyren.(Viz. příloha)

K rozvoji čichu ergoterapeut využil jako pomůcku košík, tentokrát určený k čichové stimulaci. (Viz. příloha) Velice jednoduše použili plastové uzávěry filmů do fotoaparátů, kam vsypali např. kávu, majoránku, vanilku, nalili ocet a jiné aromatické vůně, známé z domácnosti. Tato činnost ergoterapeuty informuje, zda-li má dítě čich vyvinut a v pořádku.

V průběhu cvičení D.M. vyjadřoval svoje pocity, které u něj vůně vyvolávaly. Zdali je to vůně libá, či nelibá.

K rozvoji sluchové stimulace sloužila obdobná pomůcka. V uzávěrech filmů do fotoaparátu byl jakýkoliv drobný materiál v různém množství (kamínky, sůl, mák, kuličky aj.). (Viz. příloha) Při protřepání vznikal zvuk a D.M. se snažil poznat a odhadovat, jestli ta krabička je naplněna celá, nebo jen z části, jestli v nich je něco velikého, nebo naopak drobného. Také se snažil popsat intenzitu zvuku, který slyšel a podobné zvuky seřazoval.

V této hodině hrál D.M. také hru, zaměřenou spíše na myšlení a logiku. Jmenovala se "Pět našich smyslů". Dřevěné potištěné tabulky (6 tabulek se symboly jednotlivých smyslů – oko, ucho, nos, ústa, ruka a zbylé tabulky, které tvořily různé symboly). (Viz. příloha) D.M. se snažil logicky přiřadit symboly k obrázkům se smysly. Např. rádio přiřadil k uchu, duhu k oku, sýr k ústům. Pomocí této hry byl veden k tomu, aby pochopil různé možnosti vnímání světa našimi smysly. Hra také ukazovala, kterým smyslem nebo kombinací smyslů rozpoznáme a vnímáme věci kolem nás. Hrou se také rozvíjela řeč na principu „poznej, pojmenuj“, ale také již zmíněnou logiku myšlení a vnímání.

6. Hodina ergoterapie, dne 21.3.2005

Tato moje poslední hodina ergoterapie byla věnována skupinové ergoterapii. D.M. spolu se spolužáky z 2. ročníku ZŠ hráli různé hry. Např. dřevěné pexeso (Viz. příloha), které děti hráli pro zábavu a zároveň rozvíjely krátkodobou paměť, myšlení a také rozvíjely v průběhu hry jemnou motoriku a cílený pohyb.

V průběhu této hodiny nacvičoval D.M. také manuální zručnost a skládal hlavolamy. Ergoterapeut využil hraček, určených k provlékání barevných provázků různými otvory. Pro zábavu a k procvičení cíleného pohybu zkoušel D.M. tuto hodinu zatloukat barevné dřevěné kolíky. (Viz. příloha)

5.2.5 POPIS PRŮBĚHU SLEDOVÁNÍ II.

1. Hodina ergoterapie, dne 3.1.2007

Nácvik ADL – oblékání a svlékání bundy. D.M. je schopen sám se svléknout, oblékání je horší, potřebuje pomoc např. s upravením bundy na zádech. Neumí si představit, jak „vlézt“ do svetru, do bundy. V průběhu této hodiny se také nacvičovalo vaření čaje. D.M. nikdy předtím čaj sám nevařil, ale znal postup i druhy čajů. Nejvíce se bál opaření, proto byla nutná pomoc i slovní doprovod a dodání odvahy při nalévání vroucí vody do hrnku. Dále se nacvičovaly přesuny na lehátko z vozíku. D.M. si sám odepne područku, zvedne si podnožky, aby měl volné nohy a téměř bez pomoci, ze strany, se přesune („překulí“) na lehátko. Nutné je však trénování zpětného postupu, tedy z lehátka na vozík, to potřebuje asistenci.

2. Hodina ergoterapie, dne 21.2.2007

Nácvik sebeobsluhy. V hodině se nacvičovalo zouvání zimní obuvi. D.M. se zouval na vozíku, potřeboval malou pomoc s vytažením jazyka z bot a s náznakem jak povolit tkaničky. Boty nakonec sám sundal a také bundu a čepici. D.M. byl velice snaživý, chtěl všechno zvládnout sám. V závěru hodiny jsme sestavovali puzzle, D.M. byl zapoložován vsedě na podložce.

3. Hodina ergoterapie, dne 7.3.2007

Při nácviku jemné a hrubé motoriky jsme pracovali s terapeutickou hmotou, D.M. se snažil souměrně zapojovat obě ruce, prsty i dlaně. S terapeutickou hmotou se válelo a vymačkávalo, modelovalo podle fantazie. Uválí různé tvary např. kouli, hada, šneka, zvládne i roztírání prsty. Také se modelovalo jídlo, používal přístroje a práci s nimi D.M. zvládal dobře. Při hnětení hmoty se projevovala nižší svalová síla.

4. Hodina ergoterapie, dne 28.3.2007

Nácvik kognitivních funkcí. Procvičování hodin, základních časů $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, .D.M to určuje správně. Problémy má s určením minut 10, 20, 25. Rozptyluje ho přechod na 13- 24 hodin, nechápe jejich podstatu. Potřeba připomínat směr chodu ručiček, vždy ukazuje v protisměru. V hodině se také procvičoval časoprostorová orientace – dny, měsíce, roční období, s tím neměl výrazné problémy a nakupování a odhady – velmi dobře umí rozdělit výrobky do skupin (mléčné výrobky, ovoce, zelenina), má dobré odhady cen výrobků, učí se platit papírovými bankovkami i kovovými mincemi, placení bylo většinou bezchybné. Hra kufr – sám popsal asi 10 slov – docela dobrá slovní zásoba, poznal i podstatná jména, slovesa.

5. Hodina ergoterapie, dne 23.5.2007

Hodina byla zaměřena na oblast smyslového vnímání a garfomotoriku. Četl vlastní knihu, proto ho čtení velmi bavilo, jen se ztrácel v řádku a občas si domýšlel konec věty. D.M. potřebuje dostatečně velká písmena na to, aby daný text přečetl. Ale od počátku školního roku se ve čtení výrazně zlepšil a přestává být pro něj psychickým problémem. Baví ho číst něco co ho zajímá

6. Hodina ergoterapie, dne 6.6.2007

Skupinová ergoterapie s dětmi ze třídy – protažení HK a cvičení s over ballem, rozcvičování prstů, obkreslování ruky a prstů a jejich vyjmenovávání. D.M si pletl jména prstů. Opakování ročních období a měsíců – u D.M. bez potíží. Kimova hra – D.M. si zapamatoval 10 věcí z 15 a ostatní si s nápovědou také vybavil. Seřazování děje příběhu na dřevěných deskách – D.M. logicky seřadil příběh bez větších potíží. Hra „nešťourej se v nose“ - sám nepřečetl otázku, z důvodu malých písmen, ale na vše samostatně odpovídal.

5.2.6 VÝSLEDKY SLEDOVÁNÍ

Tato kapitola popisuje komplexní zhodnocení D.M. v rámci ergoterapie z roku 2004/2005 a 2006/2007. A má za cíl dokreslit celkovou představu o D.M. a odborné činnosti ergoterapie v JÚŠ.

Výsledky pozorování jsou zpracovány do tabulek po konzultaci s ergoterapeutem, který s D.M. pracuje.

| Oblast sledování | <i>Horní končetiny</i> |
|-------------------|---|
| Popis stavu 04/05 | Koordinace HK je porušena. Polohocit, pohybovit, teplocit i algické citění je bez omezení. Síla pravé HK je větší. Zhoršená jemná motorika – statické i dynamické úchopy. |
| Popis stavu 06/07 | Koordinace HK porušena. Polohocit, pohybovit, teplocit i algické citění je bez omezení. |
| Komentář | Při aktivním cvičení D.M. nebyl schopen dotáhnout pohyb do krajních poloh v rameni, lokti a zápěstí. Při pasivním protahování se spasticita uvolnila. Zlepšení nastalo v jemné motorice, původně se vyskytovaly problémy se statickým cigaretovým úchopem, a špetkou na obou HK, dnes již špetku zvládne. Z dynamických úchopů zvládá nůžky v pravé HK. Při použití nůžek s pružinou zvládne nůžky i v levé HK. Při střihání potřebuje pomoc přidržet papír. Méně zapojuje 4. a 5. prst, síla palců je malá. Na všechny úchopy má D.M. vlastní stereotyp, ovšem při správném slovním navedení předmět dobře uchopí i použije. |

| Oblast sledování | <i>Dolní končetiny</i> |
|-------------------|---|
| Popis stavu 04/05 | Jsou rigidní a v trvalém spasmu |
| Popis stavu 06/07 | Jsou rigidní a v trvalém spasmu |
| Komentář | Dolní končetiny jsou rigidní a v trvalém spasmu. D.M. používá mechanický vozík. |

| | |
|-------------------|--|
| Oblast sledování | <i>Mobilita a přesuny</i> |
| Popis stavu 04/05 | V mechanickém vozíku má D.M. upravenou ortézu pro správný sed. Při jízdě na vozíku je nepozorný, neumí jet rovně. |
| Popis stavu 06/07 | Mechanický vozík je bez ortézy. Jezdí dobře, v interiéru samostatně, při náročnějších přesunech venku je stále plně závislý na asistenci. |
| Komentář | Odstraněním ortézy z vozíku se dosáhlo většího pohodlí a možnosti předklonu na kola a tím také lepší manipulace s vozíkem. Při manipulaci s vozíkem zapojuje více pravou HK. |

| | |
|-------------------|---|
| Oblast sledování | <i>ADL - jídlo</i> |
| Popis stavu 04/05 | D.M. ukrojí jídlo příborem, ale koordinace HK je porušena, proto raději používá lžici. Lžice je speciálně upravená, se zesílenou molitanovou rukojetí a pohyblivým kloubem. Používá protiskluzovou podložku, talíře se zvýšeným okrajem, pro snazší nabírání jídla, plastové hrnečky s vykrojením, pro lepší úchop. |
| Popis stavu 06/07 | V současné době používá lžici bez speciálních úprav. Ergoterapie je v této oblasti zaměřena na manipulaci s vidličkou a nožem. Používá tak speciálně upravený příbor – vidličku a nůž na jedné rukojeti. Pije sám z běžného hrnečku. |
| Komentář | V této oblasti došlo ke zlepšení, D.M. je více samostatný. Odbouraly se pomůcky jako talíře se zvýšeným okrajem, lžice s molitanovou rukojetí. Odklání se od lžice, učí se na manipulovat s vidličkou a nožem. |

| | |
|-------------------|--|
| Oblast sledování | <i>ADL - oblékání</i> |
| Popis stavu 04/05 | Nutná asistence druhé osoby. |
| Popis stavu 06/07 | Nyní dopomoc pouze na dolní polovinu těla, horní polovinu těla zvládne sám. |
| Komentář | I v této oblasti ADL došlo ke zlepšení, velký vliv na jeho samostatnost má nejenom nácvik těchto činností v hodinách ergoterapie, ale převážně jeho motivace, rodina a sourozenci. |

| | |
|-------------------|--|
| Oblast sledování | <i>ADL – osobní hygiena</i> |
| Popis stavu 04/05 | Vyčistí si zuby, umyje si sám obličej, ale potřebuje asistenci pro puštění vody a nanesení zubní pasty na kartáček. |
| Popis stavu 06/07 | Dnes tyto činnosti zvládne sám. V ostatních hygienických činnostech je plně závislý. |
| Komentář | Významným pomocníkem v této oblasti jsou speciálně upravené hřebeny, kartáče na mytí, dlouhé lžice na boty, aj. Ergoterapeuti učí D.M. manipulaci především s pomůckami pro hygienu. Dříve používal tyto pomůcky se zesíleným úchopem a s prodlouženou rukojetí. Dnes používá pomůcky bez zesíleného úchopu. |

| | |
|-------------------|---|
| Oblast sledování | <i>ADL – používání WC</i> |
| Popis stavu 04/05 | Plně závislý na asistenci druhé osoby. Během dne používá „bažanta“, na WC má nástavec na záchodové prkýnko. |
| Popis stavu 06/07 | Plně závislý na asistenci druhé osoby. Během dne používá „bažanta“, na WC má nástavec na záchodové prkýnko. |
| Komentář | Plná závislost na druhé osobě. Není inkontinentní. |

| | |
|-------------------|--|
| Oblast sledování | <i>Kognitivní funkce</i> |
| Popis stavu 04/05 | D.M. je orientován v místě a čase. Zná barvy, tvary. Počítá do deseti. Chápe hlavolamy, skládačky a pravidla her. Senzorika: sluch, hmat, čich, chuť nejsou porušeny. D.M. nosí okluzor, vzhledem ke své zrakové vadě. |
| Popis stavu 06/07 | Dnes zvládne počítat do sta. Nemá významné problémy s abecedou a se čtením Dnes má dioptrická skla. |
| Komentář | Čtení ho baví a patří mezi jeho oblíbené činnosti i v hodinách ergoterapie. Chápe pravidla her, hlavolamy a různé skládačky. |

Při výuce ve škole používá D.M. většinu pomůcek pro základní školy, ovšem omezená pohyblivost může eventuálně způsobit, že některé jeho představy o reálném světě mohou být zkreslené. Pedagogové tedy využívají pomůcek, které vynikají pestrostí a názorností, pomůcek, které na D.M. neustále působí svým obsahem, avšak nerozptylují jeho pozornost. (např. nástěnné obrazy, magnetické nástěnky, pěnové tabulky s písmeny a číslicemi velkých tvarů a pestrých barev).

Pro psaní a kreslení a také pro rozvoj správného držení psacích potřeb v minulosti používal D.M. tzv. trojhranný program. Byly to psací potřeby s přesným ergonomickým tvarem pro snadnější grafomotoriku. D.M. psal pomocí válcového molitanového nástavce, na obvyčejné tužce měl trojhranný nástavec z gumy. Tyto nástavce mu umožňovaly zvládnout psaní. Dnes používá běžné psací potřeby určené dětem ve škole. Při psaní a kreslení využívá stále protismykové podložky a samotné cvičení probíhalo nejprve nácvikem úchopu, později se pozornost zaměřovala na pohyb ruky a kreslení, dnes se nacvičuje psaní písmen a slov.

S D.M. se mi pracovalo dobře. Je komunikativní, bystrý a spolupracuje. Z práce v hodinách ergoterapie vyplývá, že má dobrý potenciál k učení a k samostatnosti. Pracovní tempo bylo středně rychlé, v průběhu náročnějších úkolů byly nutné přestávky. D.M. je rychle unavitelný, a tím se snižuje jeho pozornost, proto je důležité D.M. neustále motivovat zajímavými činnostmi, pomůckami a hrou.

V porovnání s rokem 2005, se D.M. výrazně zlepšil v mnoha činnostech, které jsou součástí výuky ergoterapie v JÚŠ. Zejména pak v jízdě na vozíku a v sebeobsluze při hygieně, oblékání a stravování. Trénink kognitivních funkcí je upravován jeho věku i schopnostem, zde jsem vnímala, že je již o dva roky starší, zvládá náročnější úkoly na přemýšlení. Je více negativistický a náladový, jinak je ale stále zvědavý a rád středem pozornosti v kolektivu i v přítomnosti učitele. V oblibě má společné hry, ale umí se zabavit také sám, např. stavebnicí. Myslím, že ergoterapie má v případě D.M. významný podíl na jeho veškerých schopnostech a dovednostech..

6 DISKUSE

Veškeré informace a podněty k tématu integrace zdravotně postižených dětí, jsem čerpala z odborné literatury autorů a uznávaných odborníků na toto téma. Odkazuji především na knihy Kontrapunkty integrace zdravotně postižených (J. Jánský, 1995) a Integrace – znamení doby (J. Jánský, 1998), Školská integrace dětí s postižením (J. Michalík, 2000). Problematiku integrace nevěnují pouze skupině zdravotně postižených a intaktních, ale také dalším minoritním skupinám. Integraci považují jako sociální jev na hranicích globálních problémů lidstva a vnímají ji jako širokou filozofickou a kurikulární problematiku, ve které se pracuje s bohatou škálou prostředků, ale hlavně, že se jí právem věnuje velký okruh odborných pracovníků daleko přesahující obor speciální pedagogiky. Integrace se totiž stává jedním z významných paradigmat nejen současné speciální pedagogiky, ale i otázkou vývojových tendencí společnosti jako takové. Právě pedagogika, výchova a vzdělávání mohou část těchto problémů pomáhat řešit. V literatuře se vysvětluje také význam a aktuálnost integračních procesů. Autoři varují před jednostrannostmi, kterých se nedokázaly vyvarovat některé teorie, ale hlavně praktické postupy. Doporučují především široký interdisciplinární a transfakultní přístup. V souvislosti s integrací souhlasím s autory, že kromě rodiny je další důležitou oblastí sociálního prostředí dítěte určitého věku, škola. Stojí-li postižené dítě v situaci, kdy se jedná o jeho přijetí do určité školy, jsou velice často v popředí úvah integrační možnosti školy, nikoli dítěte samotného. V tomto případě je však nutné si uvědomit, že odmítnutí postiženého dítěte není výsledkem neschopnosti dítěte být integrováno, ale výsledkem nedostatečné možnosti přizpůsobit se ze strany školy. Snahou tedy je uvést ve známost a prosadit ve vědomí pedagogických pracovníků tento vztah dítě – škola a k tomu přihlížet. Podaří se tak položit základy pro integrovanou výchovu a vzdělávání postižených dětí. Zároveň s tím se zvyšují požadavky na pedagogy a jejich odbornou přípravu. Z uvedeného je patrné, že realizace těchto požadavků je úkolem speciální i obecné pedagogiky a jejího studia.

Rovněž školy musí nezbytně splnit určité požadavky a vytvořit příznivé podmínky a předpoklady k úspěšnému vzdělávání a k výchově zdravotně postižených žáků.

Opatření se totiž netýká pouze speciálně - pedagogického vzdělání učitelů, ale také bezbariérové úpravy školy, vybavení speciálními, rehabilitačními, kompenzačními a učebními pomůckami a zařízeními, které zdravotně postižený žák potřebuje k úspěšné účasti na vyučování.

Z postojů a stanovisek, týkajících se dětí se zdravotním postižením, patří mezi nejdůležitější ty, které přímo ovlivňují a vytvářejí atmosféru ve škole, v níž je dítě integrováno. I proto je nezbytná příprava prostředí školy i v tomto směru. Autoři se shodují, že dokud nebude většinou společností chápán pobyt dítěte s postižením v běžné třídě jako samozřejmost, bude zpravidla vhodné při plánování takového kroku hovořit i s rodiči dětí zdravých. Nelze jednoznačně odpovědět, jak postupovat v případě jejich nesouhlasu. Rodiče dětí někdy vyjadřují své obavy proto, že se obávají, zda i vzdělávacím potřebám jejich dětí bude ve třídě poskytována odpovídající pozornost. A těmto obavám, které jsou přirozené, je právě možno čelit systémem odpovídající speciálně pedagogické podpory pro dítě s postižením.

Další publikací, se kterou jsem pracovala, byla kniha *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program* (K. Kaprálek, Z. Bělecký, 2004). Přináší souhrn požadavků na funkční strukturu individuálního vzdělávacího programu z hlediska obecné pedagogiky i požadavků speciální pedagogiky. Našla jsem zde základní systematický pohled na problematiku tvorby vzdělávacích programů a konkrétní požadavky na funkční individuální vzdělávací program. Autoři jsou školními inspektory, kteří se zabývají především oblastí speciálních škol a problematikou individuálně i skupinově integrovaných žáků ve všech typech škol.

Individuální vzdělávací program popisují jako typ dokumentu, sloužícího k plánování kurikula, tedy obsahu vzdělání jednotlivého žáka, podle jeho specifických potřeb.

Problematiku individuálního vzdělávacího programu, ale i obecně speciálního přístupu k žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami, jsem vyhledala také v knize *Každé dítě potřebuje speciální přístup* (G. Lang, Ch. Berberichová, 1998). Autor Greg Lang je odborným poradcem pro tvorbu vzdělávacích programů a pro další vzdělávání učitelů v Brisbane, v Austrálii. Zaměřuje se na problematiku kooperativního učení, rozvoje myšlení u dětí a individuálních učebních stylů. Autorka Chris Berberichová je speciální pedagožka. Její odborný zájem patří zejména metodám učení a vyučování v integrovaných třídách. Tato kniha je malým ověřením, že začleňování dětí se speciálními potřebami do běžných tříd je celosvětovým trendem, který se prosazuje stále víc i u nás, a že autoři zahraničních a domácích publikací mají na problematiku víceméně shodný názor.

Dalším zaměřením diplomové práce je problematika dětí s dětskou mozkovou obrnou. Nejen z pohledu pedagogiky, ale také z pohledu psychologie je důležité si uvědomit zátěž organismu na „jinou“, nebo změněnou životní situaci, s níž se musí vyrovnat dítě samo, ale i jeho rodina. Tělesné postižení nevytváří samo o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravují mu však náročnější životní situaci. Taková životní situace přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a následkem toho ovšem i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj

postiženého jedince. To podstatné v pedagogice a psychologii dětí při nějakém onemocnění nebo při tělesném či smyslovém postižení je tedy porozumění jejich životní situaci. Zde bych ráda uvedla významného dětského psychologa a autora mnoha odborných publikací Prof. PhDr. Zdeňka Matějčka, CSc., který jako prioritu v péči o postižené nebo nemocné dítě zdůrazňuje porozumění dítěti v jeho nemoci nebo jiných zdravotních těžkostech. Vyjadřoval to heslem, že „rozumět – znamená pomáhat“.

Ergoterapii jsem osobně poznala v rámci ucelené péče u dětí s DMO v JÚŠ v Praze. Odborníci v JÚŠ věnují dětem z Prahy a z blízkého okolí vysoce profesionální všestrannou péči- pedagogickou, léčebnou a sociální. Zároveň JÚŠ dětem nabízí možnost internátního ubytování, zejména pro ty, které nemají bydliště v Praze a v blízkém okolí a nemohou proto do školy dojíždět denně. Podle mého názoru je toto námět k rozvoji specializovaných pracovišť i v menších městech České republiky. Bylo by tak možné zpřístupnit ucelenou péči dětem a jejich rodičům, kteří z důvodu malé nabídky odborné péče a služeb v okolí svého bydliště, musí podobné situace složitě řešit nepohodlným dojížděním anebo umístováním dítěte do internátu.

Jsem přesvědčena, že mnoho rodin s tělesně postiženými dětmi má důvěru v poskytované ergoterapeutické služby JÚŠ, i pro dlouholetou tradici JÚŠ jako komplexu. Tamní ergoterapeutická péče je, podle mého názoru, na vysoké úrovni. Dětem se věnují kvalifikovaní odborníci s vysokým nasazením pro svoji práci, ke své výuce mají k dispozici učebny a dílny se specializovanými pomůckami. Celkově lze říci, že prováděná ergoterapie v JÚŠ postižené dítě učí nejen sebeobsluze, ale v rámci hodin ergoterapie se věnují také všestrannému rozvoji dítěte, např. rozvoji všeobecného přehledu, kognitivních funkcí, smyslovému vnímání. Tímto spojují ergoterapeutickou péči a speciální pedagogickou péči v jeden celek. Možná právě v tomto je patrná odlišnost ergoterapeutické péče v JÚŠ a v jiných pracovištích. I přes stanovený program činností pro jednotlivé hodiny se ergoterapeuti podle individuálních potřeb dětí zaměřují na činnosti, ve kterých jsou děti slabší.

Měla jsem možnost porovnat ergoterapii u stejného žáka JUŠ v letech 2004/2005 a 2006/2007, tedy s dvouletým odstupem. Ergoterapie v JUŠ se mezitím přesídlila do nového, moderního bezbariérového komplexu, který je plně vybaven pomůckami, ale také bezbariérovými byty k samostatnému bydlení pro starší studenty, bezbariérovou koupelnou a toaletou, které slouží k nácviku běžných hygienických činností, kuchyní k nácviku vaření. Myslím, že tímto krokem, se potvrdilo, že nemůže jít o nevýhodnou investici, ale o maximální zájem o tento obor.

Napsaná kazuistika u chlapce, pouze s dvouletým odstupem, potvrdila moje úvahy. Změny nastaly nejenom v odborných postupech ergoterapie, ale zejména v psychosociálním vývoji chlapce. Zde bych doporučila se více zaměřit na komunikaci a spolupráci ergoterapeutů s rodiči a samotnými dětmi. Ti si tak mohou navrhnout činnosti, ve kterých cítí svůj handicap, případně činnosti, které jsou z jejich hlediska důležité a na které se v hodinách ergoterapie chtějí sami zaměřit.

Ergoterapie u chlapce, kterého v diplomové práci popisuji, je zaměřena převážně na podporu samostatnosti a soběstačnosti. Současná „příprava“ má tedy možnost uplatnit se v procesu integrace. V současné době je to zejména v integraci chlapce mezi vrstevníky v mimoškolních aktivitách. Vzhledem k umístění chlapce do základní školy JÚŠ, kterou navštěvují děti se stejným postižením, jsou možnosti úspěšné školní integrace pouhými úvahami, které by se potvrdily, nebo naopak vyvrátily, pokud by chlapec přešel do jiné základní školy, kde by probíhala integrace mezi zdravé děti. V tomto případě je v plánu ergoterapie pokračovat ve svém programu a chlapce tak připravovat na budoucnost v následném školském zařízení i v životě.

Během práce nad tématem jsem se snažila získat co nejvíce nových poznatků a informací o ucelené rehabilitaci dětí s DMO, zejména o podílu ergoterapie v možnostech integrace těchto dětí, jejich zařazení do společnosti a později do pracovního procesu. Při studiu literatury jsem se přesvědčila, že péče o děti s DMO je všestranná. Odkazuji zejména na knihy Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených (J. Jesenský 1995) a Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením (J. Jankovský 2001). Autor této knihy je filozof a teolog a zároveň působí jako ředitel Dětského centra ARPIDA v Českých Budějovicích, společnosti pro rehabilitaci dětí a mládeže se zdravotním postižením. Ve své knize popisuje současné pojetí rehabilitace ne jako výhradně zdravotnickou aktivitu ve smyslu fyzioterapie, ale rehabilitaci, která využívá prostředků sociálně právních a pedagogicko psychologických. Tyto prostředky, např. výchovné nebo léčebné se uplatňují podle stádia a stupně postižení. Autorův pohled na poskytované služby dětem tedy není jednostranný, ale jeho myšlenky se plně shodují s nejmodernějšími trendy v ucelené rehabilitaci. Mluví o tzv. interdisciplinární péči ucelené rehabilitace.

DMO je onemocnění, které postihuje více než polovinu zdravotně postižených dětí a ergoterapie v této souvislosti není terapií, která by přímo odstraňovala příznaky nemoci. Ergoterapeuti učí děti s DMO vykonávat běžné činnosti, manipulovat a používat speciálními

pomůcky, které se staly součástí jejich života, zapojují děti do zájmových činností, navzdory jejich postižení. Právě pro tyto vlastnosti je ergoterapie významným článkem, který podporuje proces integrace. Domnívám se, že ergoterapie je perspektivním oborem a umožňuje zvyšovat kvalitu života nemocných či postižených právě již od dětského věku. Oproti dřívějšímu, poněkud jednostrannému chápání této problematiky a její redukci na práci ve specializovaně zaměřených dílnách s přednostním akcentem na dospělé populaci, lze pozorovat vzestupný zájem o tento obor i jeho rozšíření a praktické uplatnění v nižších věkových kategoriích. Ergoterapeuti dětem s DMO pomáhají nejen přímou individuální léčbou, ale komunikují s nimi a jejich rodiči, poskytují jim odborné poradenské služby, spolupracují s ostatními odborníky, jejich práce je zapojena do procesu vzdělávání dětí s DMO a provádí výzkumné práce v oblasti ergodiagnostiky.

Vzestupný zájem o ergoterapii se projevuje i vyšším zájmem uchazečů o studium oboru na vyšších zdravotnických školách a LF UK a rozšiřováním odborností ergoterapeutů.

Mimo jiné jsem pracovala s knihami J.Pfeiffra *Ergoterapie II.* (1990) a *Ergoterapie* (2001). Autor těchto knih se domnívá, že každý stát by měl mít v rámci ergoterapie nějaký administrativní, vysoko postavený útvar, který by tento složitý proces koordinoval. U nás existuje např. Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením. Zmiňuje svůj názor, že vhodnější název by byl Vládní výbor pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením a v rámci fungování tohoto výboru by měla ergoterapie, kromě jiného, důležitý úkol, který si mnohdy ani neuvědomujeme: bránit před zneužíváním sociálních vymožeností přiznáváním invalidních důchodů osobám, které z pohodlnosti nebo z vypočítavosti o začlenění do pracovního procesu nestojí a jejichž zdravotní stav není zdaleka tak vážný.

V průběhu studia odborných pramenů jsem u většiny autorů neshledala závažné názorové rozpory nad obsahem, posláním i budoucností ergoterapie. Hypotéza, stanovená v úvodu diplomové práce, se potvrdila. Předpokládáme, že v rámci ergoterapie prováděné pohybové a senzorické aktivity, jako součást ucelené péče o dítě s dětskou mozkovou obrnou, povedou ke zlepšení stavu motoriky, psychiky a díky ergoterapeutickým postupům dovedou jedince k dosažení dílčích cílů těchto aktivit. Hlavním cílem těchto všech aktivit je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti a aktivní začlenění - integraci - do společnosti a tím celkové zvýšení kvality života.

7 ZÁVĚR

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že děti a dospělá populace se zdravotním postižením tvoří nepřehlédnutelnou část populace. V posledních letech jsou zaznamenány kvalitativní posuny v procesu vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Stěžejní tendencí v oblasti speciálního školství je odstraňování segregovaného vzdělávání a vznik alternativní nabídky vzdělávacích programů a forem vzdělávání a prosazování naopak integračních tendencí. Také jeden z hlavních cílů ucelené rehabilitace, je integrace handicapovaného do společnosti. Proces integrace může být složitý a dlouhodobý proces, do kterého, kromě ergoterapie, vstupuje mnoho dalších aspektů.

Životní perspektiva postiženého jedince závisí z části na něm samotném, na jeho osobnosti, na způsobu jakým překonává omezení daná postižením a ergoterapie si za svůj hlavní cíl péče o postižené klade zvyšování kvality jejich života a životní perspektivy, dosažení maximální soběstačnosti ve společnosti. Zároveň však zvyšování těchto kvalit závisí na celkovém klimatu tolerance společnosti a ochoty přijímat odlišnost.

Prostřednictvím aktivit z různých oblastí, umožňuje ergoterapie vyplnit volný čas handicapovaných a zamezuje tak sociální izolaci, pomáhá handicapovaným vytvořit prostor pro kontakt se sociálním prostředím a vést co nejvíce samostatný život bez závislosti na ostatních.

V průběhu návštěv ergoterapie v JÚŠ jsem měla možnost pozorovat pokroky v samostatnosti a zručnosti u devítiletého chlapce. O dva roky později, u téhož chlapce, jsem měla možnost vnímat změnu dvou let vývoje a pokroku v jeho chování dítěte, dovednostech, znalostech a schopnostech. Má práce zachytila, že pomocí ergoterapie je možné rozvíjet potenciál dítěte s DMO k učení a k samostatnosti a posilovat tak jejich vědomí důstojnosti a užitečnosti. Ergoterapie, která děti s postižením učí vykonávat běžné denní činnosti právě již od dětského věku, jim tak poskytuje možnost v budoucnosti se osamostatnit a usnadňuje tím proces integrace, ať již v následném školském zařízení, či v běžném životě.

8 LITERATURA

1. BARTKO,D. *Neurologie*. Praha: Avicenum, 1981.
2. BOMBECKOVÁ,E. in FERRERO,B. *Další příběhy pro potěchu duše*. Praha: Portál, 1996.
3. JANKOVSKÝ,J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7
4. JESENSKÝ,J., KOL. *Kontrapunkt integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0
5. JESENSKÝ,J. *Integrace – znamení doby*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-691-0
6. JESENSKÝ,J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1
7. KAPRÁLEK,K., BĚLECKÝ,Z. *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-887-2
8. KUBÍČOVÁ,Z., KUBÍČE,J. *Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-1660
9. LANG,G., BERBERICHOVÁ,CH. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha: Portál, 1998. 80-7178-144-4
10. MATĚJČEK,Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H&H 2001. ISBN 80-86022-92-7
11. NEWMAN,S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-872-4
12. NOVOTNÁ,M., KREMLÍČKOVÁ,M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 1997. 80-95937-60-3
13. PFEIFFER,J. *Ergoterapie*. Praha: Rehalb o.p.s., 2001.
14. PFEIFFER,J. *Ergoterapie II*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0
15. PFEIFFER,J., VOTAVA,J. *Rehabilitace s využitím techniky*. Praha: Avicenum, 1983.
16. PRŮCHA,J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-170-3
17. SVOBODOVÁ,J., *Předškolní příprava dítěte s postižením hybnosti v SPC*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1495-4
18. TROJAN,S., DRUGA,R., PFEIFFER,J., VOTAVA,J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-257-3

19. VÁGNEROVÁ,M., HADJ-MOUSSOVÁ,Z., ŠTECH,S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-929-4
20. VOTAVA,J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5
21. *Meyra Rehabilitationsmittel*- katalog pomůcek pro osoby tělesně postižené 2004

INTERNETOVÉ VYHLEDAVAČE

1. <http://www.abilympics.cz>
2. <http://www.benjamin.cz>
3. <http://www.cae.ergoterapie.cz>
4. <http://www.dobromysl.cz>
5. <http://www.jus.cz>
6. <http://www.meyra.cz>
7. <http://neurocentrum.cz>
8. <http://www.ranapece.cz>
9. <http://www.rl-corpus.cz>
10. <http://www.thomashilfen.cz>
11. <http://vdi.cz>
12. <http://vkol.cz>

9 PŘÍLOHA

Školní rok 2004/2005

Příloha 1.

Pomůcky k nácviku ADL



FUNKČNÍ TEST JEMNÉ MOTORIKY RUKY

Manipulační panel

| ČINNOST | ČAS. LIMIT | | ČAS | | POZNÁMKY |
|---------------------------------------|------------|------|-----|-----|----------|
| | PHK | LHK | PHK | LHK | |
| 1. zapínání a vypínání vypínače | 11 s | 9 s | | | |
| 2. stisknutí zvonku | 2 s | 3 s | | | |
| 3. vymačkání telefonního čísla | 26 s | 22 s | | | |
| 4. kuličky – otáčivé kolo | 70 s | 90 s | | | |
| 5. otáčení vodovodního kohoutku | 47 s | 42 s | | | |
| 6. vhodit dopis do schránky | 3 s | 4 s | | | |
| 7. vytáčení čísel na telefonu (1 – 0) | 24 s | 31 s | | | |
| 8. použití bezpečnostního zámku | 20 s | 15 s | | | |
| 9. manipulace s klíči a klikou | 35 s | 41 s | | | |
| 10. manipulace se zástrčkou | 10 s | 11 s | | | |
| 11. manipulace s toaletním papírem | 23 s | | | | |
| 12. manipulace s visacím zámkem | 120 s | | | | |
| 13. manipulace s rozprašovačem | 56 s | | | | |

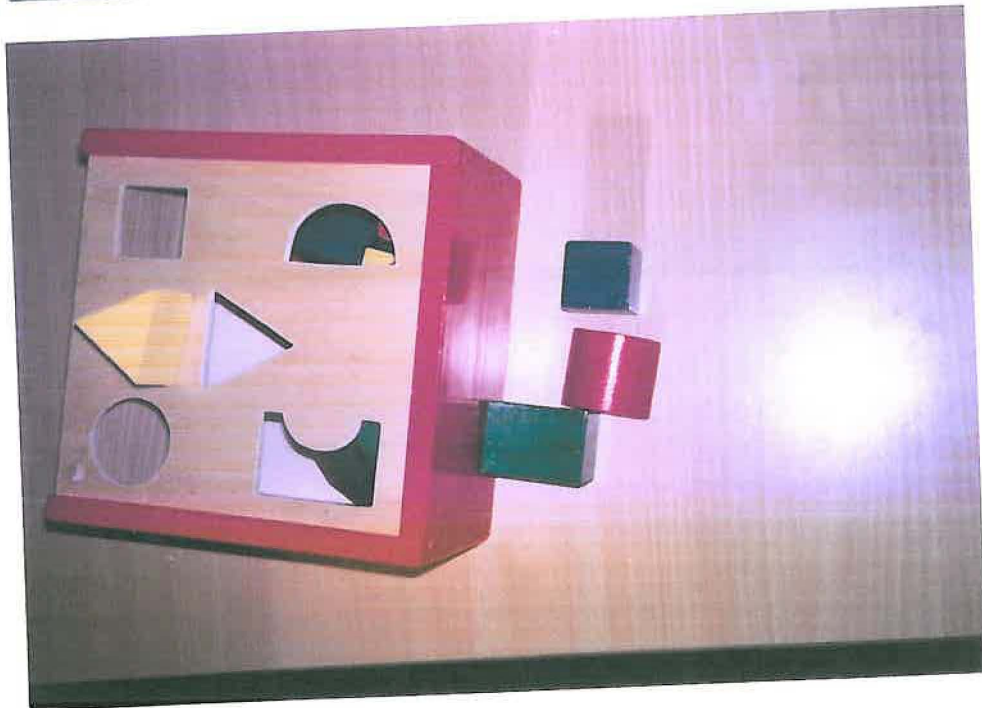
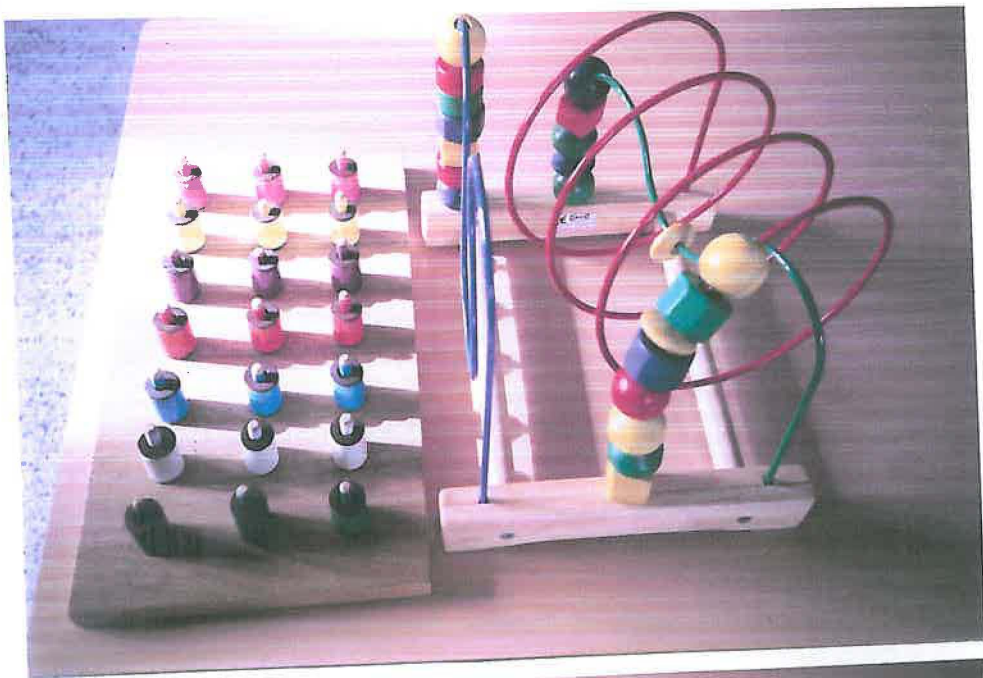
Popis sledovaných činností:

- 5x zapnout a vypnout vypínač
- 1x stisknutí zvonku
- zvednout telefonní sluchátko a ukazovákem postupně vymačkat telefonní číslo napsané na listě papíru (29419857)
- sejmutí všech kuliček z otočného kola, poté podle cílových míst nasazení zpět na kolo
- 1x otevřít a zavřít na doraz vodovodní kohoutek nejdříve modré barvy poté červené
- dopis s nadepsanou adresou vhodit do otvoru, který představuje schránku
- ukazovákem postupně vytočit čísla 1 až 0 na telefonním číselníku
- 3x použít bezpečnostní zámek (vysunout a zasunout)
- sejmout klíče z háčku odemknout a stisknout kliku, zamknout, vyjmout klíče ze zámku, nakonec pověsit zpět na háček
- 3x zasunout a vysunout zástrčku do zásuvky a ze zásuvky
- odrolovat přiměřenou délku (3 – 4 dílky) toaletního papíru, odtrhnout a složit
- sejmout klíče z háčku, odemknout zámek, vytáhnout a otevřít přeslici, celý postup zopakovat při uzamykání
- sejmout rozprašovač z police, napustit do něj vodu a stlačit jeho horní část ukazovákem, nakonec vrátit na místo

Příloha 2.

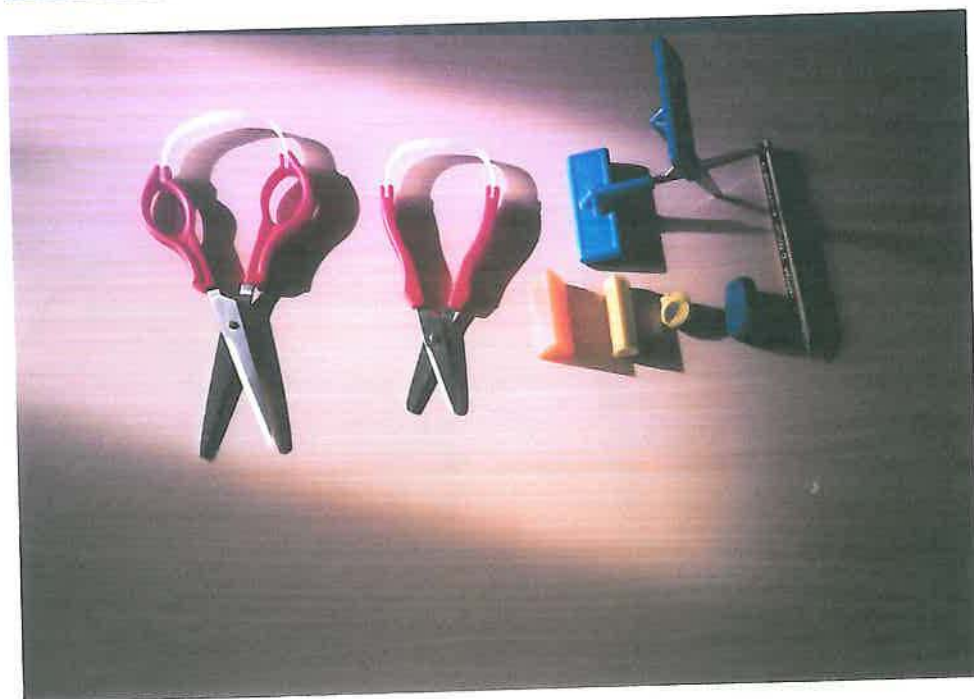
Pomůcky k procvičování jemné a hrubé motoriky





Příloha 3.

Pomůcky pro školní výuku



Příloha 4.

Pomůcky k nácviku kognitivních funkcí a komunikačních dovedností





Příloha 5.

Pomůcky k rozvoji smyslové stimulace



Školní rok 2006/2007

Příloha 6.

Nácviková toaleta



Příloha 7.

Nácviková koupelna





Příloha 8.

Nácviková kuchyňka



Příloha 9.

Pomůcky k procvičování jemné a hrubé motoriky

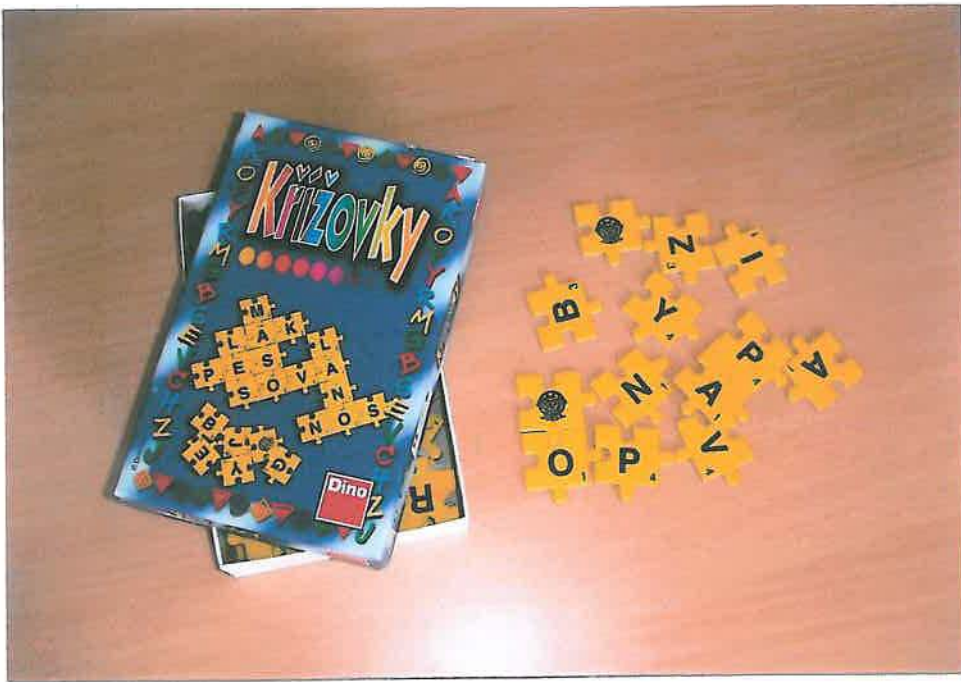


Příloha 10.

Pomůcky k nácviku kognitivních funkcí a komunikačních dovedností

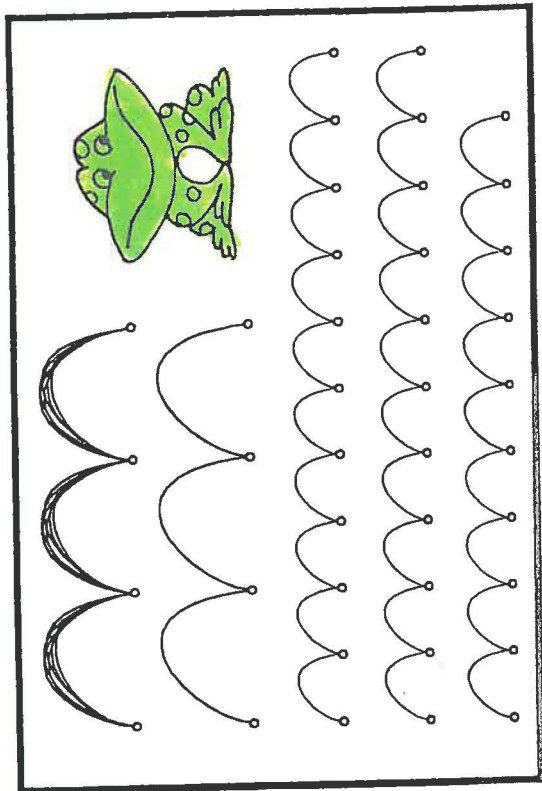




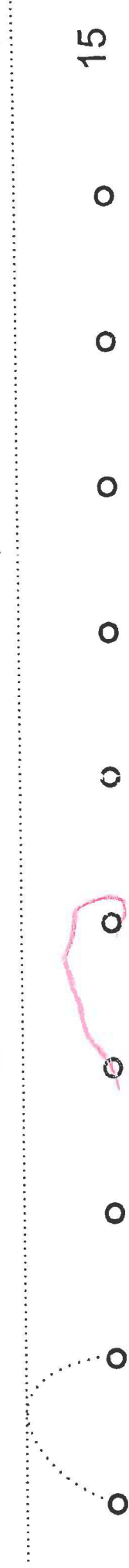
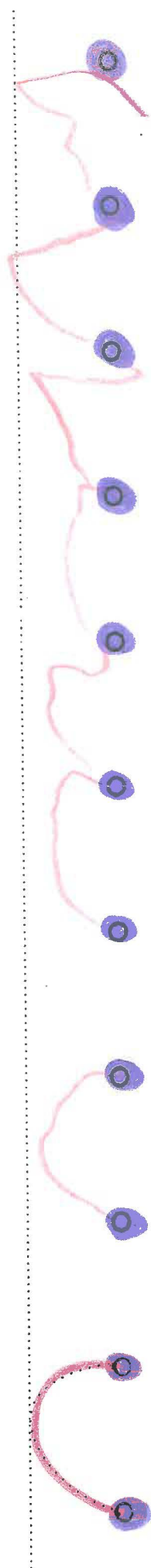
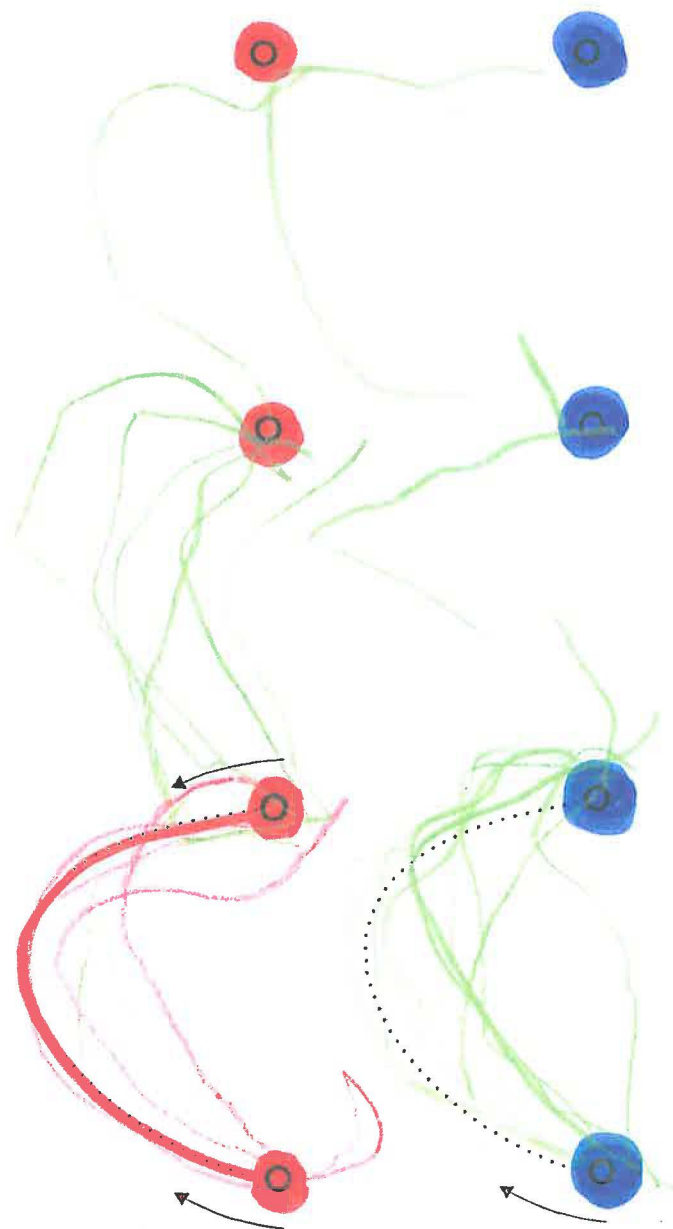


Příloha 11.

Nácvik grafomotoriky ve školním roce 2004/2005



Hop a skok, hop a skok,
žába skáče přes potok.



Příloha 12.

Nácvik grafomotoriky ve školním roce 2006/2007

